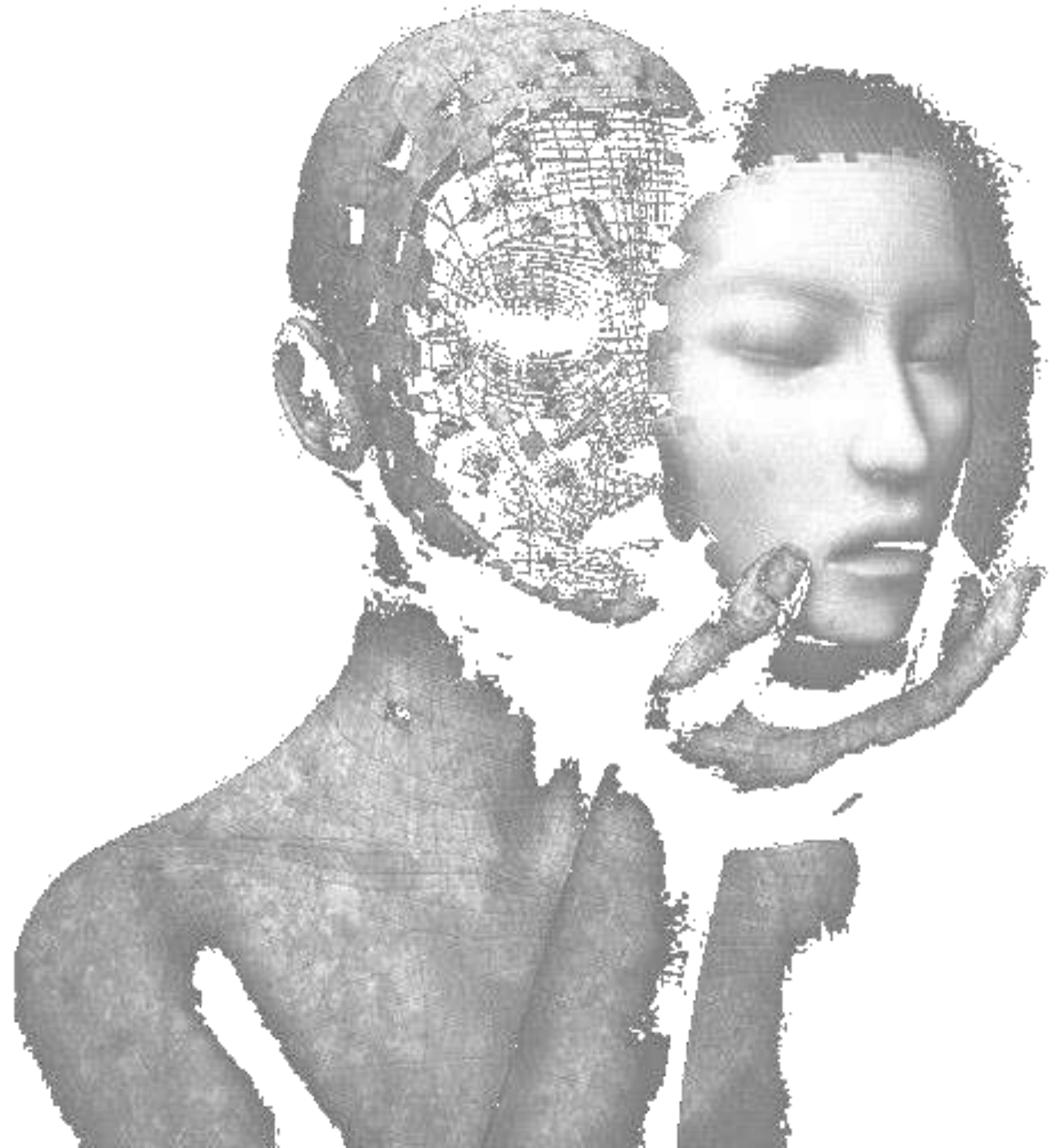



Hoja de ruta de la consulta: Vacunas recomendadas



VISITA DE INICIO



An aerial photograph of a city with a prominent grid street pattern. A dark, irregularly shaped area is visible in the center-left of the image, possibly representing a park or a specific urban development. The text is overlaid on the right side of the image.

**NUEVO
DIAGNÓSTICO
DE VIH**

Paciente 1

Remitido a CCEE para
valoración inicial y
seguimiento

Varón de 23 años

Infección VIH de reciente diagnóstico en MAP

CD4 560 cels/uL

CV 24000 copias/ul

Serología VHB y VHC negativas

No alergias

No enfermedades crónicas

No tratamientos habituales

Paciente 1

Remitido a CCEE para
valoración inicial y
seguimiento

Varón de 23 años

Infección VIH de reciente diagnóstico en MAP

CD4 560 cels/uL

CV 24000 copias/ul

Serología VHB y VHC negativas

No alergias

No enfermedades crónicas

No tratamientos habituales

MAXIMA

EFICACIA

COMODIDAD
STR
ADMINISTRACION NO ORAL

Virus



**Tratamiento
antirretroviral**

CV INDIVIDUAL

INFLAMACION

CV POBLACIONAL

MINIMA/AUSENTE

**DESARROLLO DE
RESISTENCIAS**

TOXICIDAD A
CORTO/LARGO PLAZO
2DR

INTERACCIONES
No potenciación

ADHERENCIA

COMORBILIDADES

POLIFARMACIA

CHEMSEX
SUPLEMENTOS
DROGAS DISEÑO

DOCUMENTO DE CONSENSO DE
GeSIDA/PLAN NACIONAL SOBRE EL
SIDA RESPECTO AL TRATAMIENTO
ANTIRRETROVIRAL EN ADULTOS
INFECTADOS POR EL VIRUS DE LA
INMUNODEFICIENCIA HUMANA

(ACTUALIZACIÓN 2020)

PANEL DE EXPERTOS DE GeSIDA Y
PLAN NACIONAL SOBRE EL SIDA

3er Fármaco	Pauta†	Comentarios‡
Preferentes. Pautas aplicables a la mayoría de los pacientes y que en ensayos clínicos aleatorizados han mostrado una eficacia no inferior a otras pautas también consideradas actualmente como preferentes o superior frente a otras pautas y presentan ventajas adicionales en tolerancia, toxicidad o un bajo riesgo de interacciones farmacológicas		
INI	BIC/FTC/TAF	
	DTG/ABC/3TC	-ABC está contraindicado en pacientes con HLA-B*5701 positivo -DTG no debe utilizarse en mujeres que deseen quedarse embarazadas o mujeres en edad fértil que no utilicen medidas anticonceptivas eficaces. -No utilizar en pacientes con hepatitis B crónica
	DTG+FTC/TAF**	- DTG no debe utilizarse en mujeres que deseen quedarse embarazadas o mujeres en edad fértil que no utilicen medidas anticonceptivas eficaces
	RAL+FTC/TAF*	-RAL puede administrarse indistintamente como 1 comprimido de 400 mg cada 12 horas, o 2 comprimidos de 600 mg (nueva formulación) cada 24 horas
	DTG/3TC	- No recomendado en pacientes con cifra basal de CD4+ menor de 200/ μ L - DTG no debe utilizarse en mujeres que deseen quedarse embarazadas o mujeres en edad fértil que no utilicen medidas anticonceptivas eficaces - No utilizar en pacientes con hepatitis crónica por VHB

Paciente 1

Remitido a CCEE para
valoración inicial y
seguimiento

Varón de 23 años

Infección VIH de reciente diagnóstico en MAP

CD4 560 cels/uL

CV 24000 copias/uL

Serología VHB y VHC negativas

No alergias

No enfermedades crónicas

No tratamientos habituales

Doctor... “un pequeño detalle”

Me podría explicar como afectará todo esto a mi vida?

Paciente 1

Remitido a CCEE para
valoración inicial y
seguimiento

Varón de 23 años

Infección VIH de reciente diagnóstico en MAP

CD4 560 cels/uL

CV 24000 copias/ul

Serología VHB y VHC negativas

No alergias

No enfermedades crónicas

No tratamientos habituales

HSH

No pareja estable

Lúes tratada hace 2 años

ITS varias tratadas en los últimos 5 años

Chemsex/pseudo chemsex

Estudiante universitario

Consumo de suplementos proteicos en gimnasio

No fumador , alcohol en fin de semana

Vacunas de la infancia correctas (aporta documento)

No tratamiento habitual (confirmamos con HE)

Paciente 2

Remitido a CCEE para
valoración inicial y
seguimiento

Varón de 23 años

Infección VIH de reciente diagnóstico en MAP

CD4 560 cels/uL

CV 24000 copias/ul

Serología VHB y VHC negativas

No alergias

No enfermedades crónicas

No tratamientos habituales

HSH

No pareja estable

Lúes tratada hace 2 años

ITS varias tratadas en los últimos 5 años

Chemsex/pseudo chemsex

Estudiante universitario

Consumo de suplementos proteicos en gimnasio

No fumador , alcohol en fin de semana

Dudas sobre la vacunación recibida en la infancia

No tratamiento habitual (confirmamos con HE)

Natural de Brasil

Viajes habituales a su país

Paciente 3

Remitido a CCEE para
valoración inicial y
seguimiento

Varón de 58 años

Infección VIH de reciente diagnóstico en MAP

CD4 560 cels/uL
CV 24000 copias/ul

Serología VHB y VHC negativas

No alergias

No enfermedades crónicas

No tratamientos habituales

HSH

No pareja estable

Lúes tratada hace 2 años

ITS varias tratadas en los últimos 5 años

Chemsex/pseudo chemsex

Administrativo

Sedentario

Fumador , alcohol diario

HTA

Diabetes mellitus

Tratamiento crónico

Paciente 4

Remitido a CCEE para
valoración inicial y
seguimiento

Mujer de 23 años

Infección VIH de reciente diagnóstico en MAP

CD4 560 cels/uL

CV 24000 copias/ul

Serología VHB y VHC negativas

No alergias

No enfermedades crónicas

No tratamientos habituales

No pareja estable

Lúes tratada hace 2 años

ITS varias tratadas en los últimos 5 años

Estudiante universitaria

No fumadora , alcohol en fin de semana

Vacunas de la infancia correctas (no aporta documento)

No tratamiento habitual (confirmamos con HE)

Natural de Brasil

Viajes habituales a su país

Deseo de gestación

Pareja con serología VIH negativa

Paciente 5

Remitido a CCEE para
valoración inicial y
seguimiento

Varón de 23 años

Infección VIH de reciente diagnóstico en MAP

CD4 560 cels/uL

CV 24000 copias/ul

Serología VHB y VHC negativas

No alergias

No enfermedades crónicas

No tratamientos habituales



$2 + 2 = 5?$



Cada consulta un
paciente,
cada paciente una
persona,
cada persona una
historia...

RECOMENDACIONES DE GeSIDA SOBRE EL TRATAMIENTO DE LA TUBERCULOSIS EN ADULTOS INFECTADOS POR EL VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA

(ACTUALIZACIÓN MAYO 2018)

RECOMENDACIONES DE GeSIDA/PETHEMA SOBRE EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LOS LINFOMAS DE PACIENTES INFECTADOS POR EL VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA

Guía de Práctica Clínica de GeSIDA

DOCUMENTO DE CONSENSO SOBRE LA OSTEOPOROSIS EN LA INFECCIÓN POR EL VIH.

MAYO 2016

GRUPO DE EXPERTOS DE GESIDA.



GOBIERNO DE ESPAÑA
MINISTERIO DE SANIDAD, POLÍTICA SOCIAL Y CONSUMO



ASOCIACIÓN ESPAÑOLA
PARA EL ESTUDIO DEL HÍGADO



Sociedad Española de Enfermedades
Infecciosas y Microbiología Clínica

Guía AEEH-SEIMC de tratamiento de la infección por virus de la Hepatitis C 2018

Coordinadores y redactores:

José Luis Calleja^a

Juan Antonio Pineda^b

DOCUMENTO DE CONSENSO SOBRE LAS ALTERACIONES PSIQUIÁTRICAS Y PSICOLÓGICAS EN ADULTOS Y NIÑOS CON INFECCIÓN POR EL VIH.

(ACTUALIZACIÓN FEBRERO 2015)

DOCUMENTO DE CONSENSO SOBRE ALTERACIONES METABÓLICAS Y RIESGO CARDIOVASCULAR EN PACIENTES CON INFECCIÓN POR EL VIH

Actualización Febrero 2017

Grupo de expertos del Grupo de Estudio sobre Alteraciones Metabólicas (GEAM), de la Secretaría del Plan Nacional sobre el Sida (SPNS) y del Grupo de Estudio de Sida (GeSIDA)

DOCUMENTO DE PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE INFECCIONES OPORTUNISTAS Y OTRAS COINFECCIONES EN PACIENTES CON INFECCIÓN POR VIH.

(ACTUALIZACIÓN MAYO 2015)

Documento de consenso sobre la evaluación y manejo de la afectación renal en pacientes con infección por el

VIH

Julio 2014

Autores: Panel de Expertos del Grupo de Estudio de SIDA (GESIDA), la Sociedad Española de Nefrología (S.E.N.) y la Sociedad Española de Bioquímica Clínica y Patología Molecular (SEQC).

VISITA DE INICIO



A large group of white paper cutouts of people holding hands in a circle, with one red paper cutout in the center. The background is a light, neutral color.

**NUEVO
PACIENTE CON
DIAGNÓSTICO
DE VIH**

edad
CD4
IO
alergias

sexo
HLA B5701
comorbilidades

riesgo cardiovascular

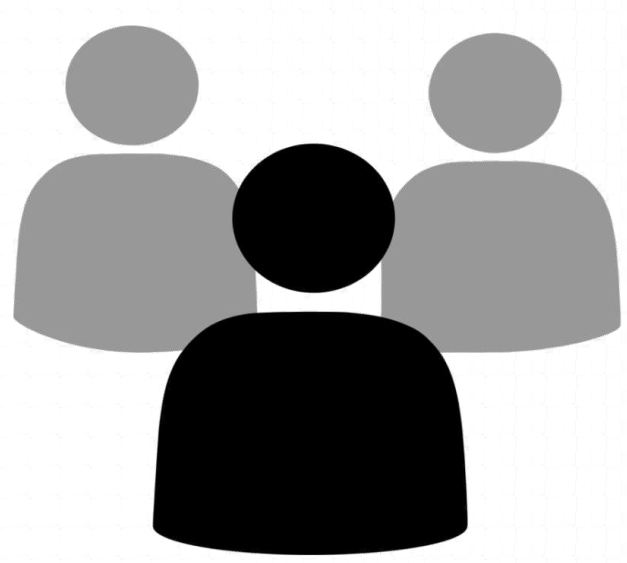
coinfección virus hepatotropos

CV VIH
personalidad

patología psiquiátrica

Situación sociofamiliar

alergias



actividad laboral

vacunaciones

hábito tabáquico

dislipemia

HTA

gestación

relaciones sexuales

tratamientos crónicos

consumo de suplementos

test de resistencias HIV

actividad deportiva

tumores no definitorios de SIDA

formación académica

ITS

dieta

consumo de drogas

Consumo de productos de herboristería

menopausia

NUEVO PACIENTE CON DIAGNÓSTICO DE VIH

MAXIMA

EFICACIA

COMODIDAD
STR
ADMINISTRACION NO ORAL

Virus / Paciente

Tratamiento antirretroviral

CV INDIVIDUAL

CV POBLACIONAL

INFLAMACION

ADHERENCIA

COMORBILIDADES

CHEMSEX
SUPLEMENTOS
DROGAS DISEÑO

POLIFARMACIA

DESARROLLO DE
RESISTENCIAS

TOXICIDAD A
CORTO/LARGO PLAZO
2DR

INTERACCIONES
No potenciación

MINIMA/AUSENTE



- Primera visita

Exploraciones complementarias

Inicio de tratamiento

- Visitas de control

- Eficacia del TAR



- Primera visita

Exploraciones

Inicio de tratamiento

- Visitas de control

- Eficacia del TAR

- Prevención

Control de factores de RCV

Cribado de ITS

Prevención de neoplasias

Planificación de gestación

Mejora de adherencia

Prevención de infecciones...

DOCUMENTO DE CONSENSO DE GeSIDA/PLAN NACIONAL SOBRE EL SIDA RESPECTO AL TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL EN ADULTOS INFECTADOS POR EL VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA

(ACTUALIZACIÓN 2020)

PANEL DE EXPERTOS DE GeSIDA Y
PLAN NACIONAL SOBRE EL SIDA

Actividad / Exploración	Valoración Inicial	Seguimiento
Anamnesis completa ¹	Sí	Anual ²
Exploración física completa ³	Sí	Anual ²
Estudio de contactos	Sí	Si nuevas ITS
Serología VIH-1 si la infección no está confirmada	Sí	
Carga viral del VIH-1	Sí	A las 4 semanas del inicio o cambio del TAR y posteriormente cada 3-12 meses ⁴

Actividad / Exploración	Valoración Inicial	Seguimiento
Determinación de linfocitos T CD4+ (número total y porcentaje)	Sí	
Determinación de linfocitos T CD8+ y cociente CD4+/CD8+	Sí	
Estudio genotípico de resistencia ⁵	Sí	
HLA B*57:01	Sí	
Tropismo viral ⁶	Optativo	
Hemograma	Sí	
Estudio básico de coagulación	Sí	
Bioquímica sanguínea que incluya perfil hepático, renal (con FGe) y lipídico	Sí	
Perfil metabólico óseo (Ca, P y Vitamina D)	Sí	
Análisis elemental de orina y sedimento y bioquímica en muestra aislada de orina: proteinuria y cociente proteína/creatinina ⁸	Sí	
Cálculo del riesgo cardiovascular: - Framingham adaptado a la población con VIH (enlace); - población española: HeartScore ; Regicor - de la ACC/AHA/SCVD (enlace)	Sí	
ARN VHC ¹¹	Sí	Antes del tratamiento frente al VHC, para evaluar la respuesta y, en caso de curación, si riesgo de reinfección ¹²
Genotipo VHC ¹³	Sí	Si recidiva/reinfección por VHC
ADN VHB ¹⁴	Sí	Cada 6-12 meses
Pruebas del PPD o IGRA ¹⁵	Sí	Si inicialmente negativa, repetir tras exposición confirmada a un paciente con tuberculosis activa bacilífera y, cada 2-3 años, en todos los pacientes con una primera prueba negativa
Radiografía de tórax ¹⁶	Sí	Según indicación clínica
Ecografía hepática ^{18,17}	Sí	Cada seis meses si cirrosis hepática ¹⁸
Elastografía hepática ^{18,17}	Sí	Anual ¹⁹
Esófago-gastroscopia ²⁰	Sí	Cada 2-3 años si no hay varices y cada 1-2 años en caso de varices grado I ²¹
Citología cervical uterina ²²	Sí	Si normal, repetir anualmente
Citología anal ²³	Optativo	Según indicación clínica
Electrocardiograma ²⁴	Optativo	Según indicación clínica
Densitometría ósea ²⁵	Optativo	Según indicación clínica
FRAX (www.shef.ac.uk/FRAX) ²⁶	Optativo	Según indicación clínica
Cribado de ITS ²⁸	Sí	Según indicación clínica
Fondo de ojo ²⁷	Optativo	Según riesgo
Viremia de CMV ²⁴	Optativo	Según indicación clínica
Antígeno criptocócico en suero ²²	Optativo	Según indicación clínica



**DOCUMENTO DE CONSENSO
DE GeSIDA SOBRE CONTROL Y
MONITORIZACIÓN DE LA INFECCIÓN
POR EL VIH
(ACTUALIZACIÓN ABRIL 2018)**

Actividad / Exploración	Valoración Inicial	Seguimiento
ARN VHC ¹⁶		Si
Citología anal ²⁵		Si
Pruebas del PPD o IGRA ¹⁷		Si
Cribado de ITS ²⁸	X	X
Radiografía de tórax ¹⁸		Si
Ecoografía hepática ¹³⁻¹⁶		Si
Citología cervical uterina ²²		Si
Esófago-gastroscopia ²³		Si
Citología cervical uterina ²⁴		Si
Citología anal ²⁵		Optativo
Electrocardiograma ²⁶		Optativo
Densitometría ósea ²⁷		Optativo
FRAX (www.shef.ac.uk/FRAX) ²⁷		Optativo
Cribado de ITS ²⁸		Si



- Primera visita

Exploraciones

Inicio de tratamiento

- Visitas de control

- Eficacia del TAR

- Prevención

Control de factores de RCV

Cribado de ITS

Prevención de neoplasias

Planificación de gestación

Mejora de adherencia

Prevención de infecciones...



PROFILAXIS

Prevención de enfermedades **infecciosas** en el paciente con VIH

VACUNAS



PROFILAXIS

Prevención de enfermedades **infecciosas** en el paciente con VIH





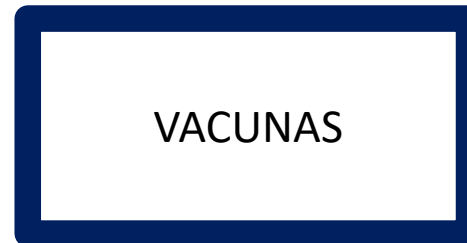
**DOCUMENTO DE PREVENCIÓN
Y TRATAMIENTO DE INFECCIONES
OPORTUNISTAS Y OTRAS
COINFECCIONES EN PACIENTES
CON INFECCIÓN POR VIH.**

(ACTUALIZACIÓN MAYO 2015)

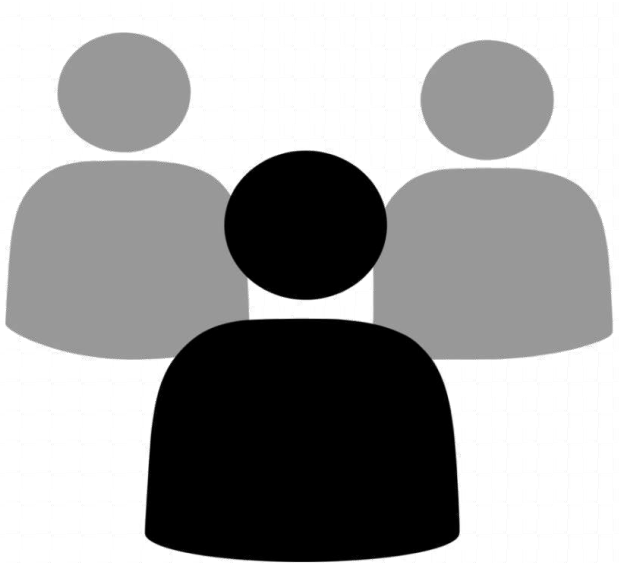
RESUMEN	6
1. INTRODUCCIÓN	7
2. INFECCIONES POR PARÁSITOS	8
2.1 <i>Toxoplasma gondii</i>	8
2.2 <i>Leishmania spp</i>	9
2.3 <i>Cryptosporidium spp</i> , Microsporidios e <i>Isospora belli</i>	9
3. INFECCIONES POR HONGOS	11
3.1 <i>Pneumocystis jirovecii</i>	11
3.2 <i>Cryptococcus neoformans</i>	12
3.3 <i>Cándida albicans</i>	12
3.4 <i>Aspergillus fumigatus</i>	13
3.5 <i>Histoplasma capsulatum</i>	13
3.6 <i>Coccidioides immitis</i>	14
3.7 <i>Blastomyces dermatitidis</i>	14
3.8 <i>Penicillium marneffei</i>	14
4. INFECCIONES POR VIRUS	15
4.1 Virus del herpes simple (VHS)	15
4.2 Virus varicela zoster (VVZ)	15
4.3 Citomegalovirus (CMV)	16
4.4 Leucoencefalopatía multifocal progresiva	16
4.5 Virus influenza	17
5. INFECCIONES POR MICOBACTERIAS	18
5.1 <i>Mycobacterium tuberculosis</i>	18
5.2 <i>Mycobacterium avium complex (MAC)</i>	19
5.3 Otras micobacterias	20
6. INFECCIONES POR OTRAS BACTERIAS	21
7. PARASITOSIS IMPORTADAS	23



Prevención de enfermedades **infecciosas** en el paciente con VIH



vacunaciones



edad CD4 IO alergias relaciones sexuales ITS
sexo HLA B5701 comorbilidades tratamientos crónicos dieta consumo de drogas
riesgo cardiovascular consumo de suplementos
coinfección virus hepatotropos test de resistencias HIV
CV VIH personalidad actividad laboral actividad deportiva Consumo de productos de herboristería
patología psiquiátrica HTA tumores no definitorios de SIDA
dislipemia HTA menopausia
Situación sociofamiliar hábito tabáquico gestación formación académica

SANCHEZ I

- Alertas
- Comentarios
- Crónicos complejos y Paliativos
- Historia Familiar
- Historia Personal
- Historia SocioFamiliar
- Informes
- Notificaciones
- Otras aplicaciones
- Recordatorios
- Sospecha cáncer
- Utilidades
- Vacunas

(14) Historial Clínico (53)

OPERATORIA (CIE-9 ...
 535.5)
 (2.8)
 389.1)
 1)

Consultar historial

Peticiones en curso (0) - Último año

Tratamientos (0) Historial

Historial Clínico

Página 1 de 3

2019 (8 Items)

- 13-Nov 2019
- 04-Nov 2019
- 30-Oct 2019 Nota Médica de Evolución CCEE
- 5-Oct 2019 Nota Médica de Evolución CCEE
- 02-Oct 2019 Nota Médica de Evolución CCEE
- 05-Jul 2019 Alta de Urgencias
- 26-Jun 2019 PARESTESIA
- 05-Jun 2019 Nota Médica de Evolución CCEE

2018 (2 Items)

- 10-Dic 2018
- 10-Dic 2018

2017 (3 Items)

- 18-Oct 2017 PARESTESIA
- 03-Oct 2017 EDEMAS
- 11-Abr 2017 SANGRE OCULTA EN HECES

2016 (11 Items)

- 08-Nov 2016 COLONOSCOPIA
- 07-Oct 2016 HIPOACUSIA NEUROSENSORIAL
- 07-Oct 2016 SANGRE OCULTA EN HECES
- 22-Sep 2016 HIPOACUSIA NEUROSENSORIAL
- 16-Sep 2016 ANEMIA QUISTE HIDATIDICO
- 16-Sep 2016
- 13-Sep 2016
- 05-Sep 2016 HIPOACUSIA HIDATIDOSIS HEPATICA SANGRE OCULTA EN HECES
- 21-Jul 2016 SANGRE OCULTA EN HECES
- 05-May 2016
- 05-May 2016 SANGRE OCULTA EN HECES

2015 (1 Item)

- 28-Nov 2015 INFECCION DE HERIDA QUIRURGICA

RVN - histvaccs Usuario: MAGDALENA GARCIA RODRIGUEZ. Centro: CONSORCIO HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE VALENCIA. 13/11/2019 @ X

Datos del Paciente

Paciente: SANCHEZ ROMERA, GERARDO
Nº de SIP: 3103114926

Historial Vacunal

Orden: Cronológico Vacunas

Declarar Error Programático

Acciones	Vacuna	Fecha	Centro	Enfermedad	Dosis
	GRUPE	13/11/2019	Centro De Vacunacion Internacional Hospital General De Valencia	Gripe	1
	NEUMOCOCO 23 POLISA	13/11/2019	Centro De Vacunacion Internacional Hospital General De Valencia	Neumococo	1
	HEPATITIS A ADULTOS	04/11/2019	Centro De Vacunacion Internacional Hospital General De Valencia	Hepatitis A	1
	TIFOIDEA INYECTABLE	10/12/2018	Centro De Vacunacion Internacional Hospital General De Valencia	Fiebre Tifoidea	1
	TETANOS DIFTERIA ADULTOS	10/12/2018	Centro De Vacunacion Internacional Hospital General De Valencia	Difteria Tétanos	1
	GRUPE	10/12/2018	Centro De Vacunacion Internacional Hospital General De Valencia	Gripe	1



- Primera visita

Exploraciones

Inicio de tratamiento

- Visitas de control

- Eficacia del TAR

- Prevención

Control de factores de RCV

Cribado de ITS

Prevención de neoplasias

Planificación de gestación

Mejora de adherencia

Prevención de infecciones **Vacunación**



Actividad / Exploración	Valoración Inicial	Seguimiento
ARN VHC ¹⁵		Si
Genotipo VHC ^{13,15}		Si
ADN VHB ¹⁶		Si
Pruebas del PPD o IGRA ¹⁷		Si
Vacunación	×	×
Radiografía de tórax ¹⁸		Si
Ecografía hepática ^{13,19}		Si
Elastografía hepática ^{13,19}		Si
Esófago-gastroscopia ²²		Si
Citología cervical uterina ²⁴		Si
Citología anal ²⁵		Optativo
Electrocardiograma ²⁶		Optativo
Densitometría ósea ²⁷		Optativo
FRAX (www.shef.ac.uk/FRAX) ²⁷		Optativo
Cribado de ITS ²⁸		Si



Vacunación en el paciente

Vacuna contra la COVID-19: "O estamos todos protegidos, o nadie lo está realmente"

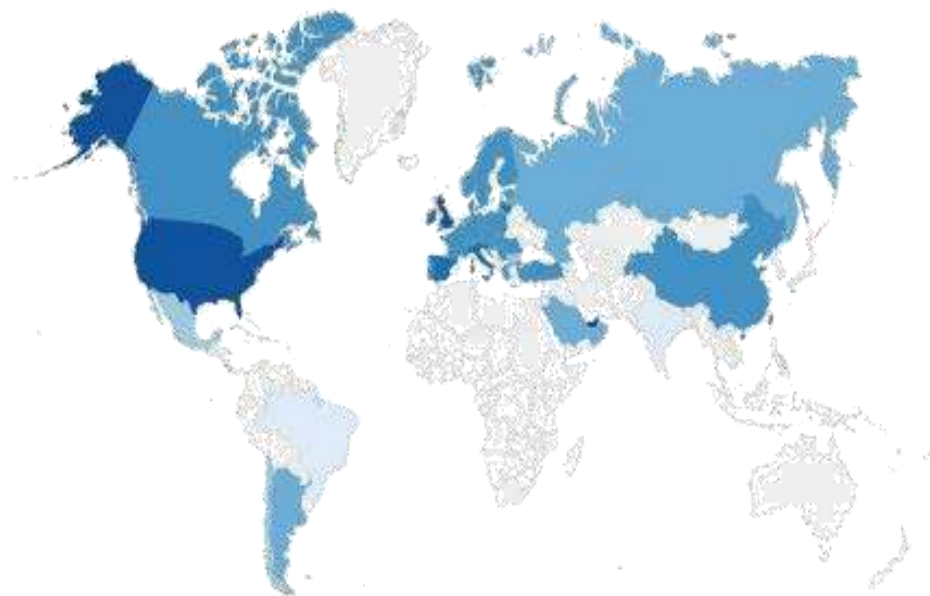


Las vacunas contra la COVID-19 deben ser

UN BIEN PÚBLICO GLOBAL

Gavi, ¡ayúdanos a conseguirlo!

Dosis de vacuna contra la COVID-19 administradas por cada 100 personas, a 22 de enero de 2021



Sin datos 0 0.05 0.1 0.2 0.5 1 2 5 10 20 50

Fuente: Our World in Data.





Creación del Gavi Covax AMC

Con motivo de la Global Vaccine Summit 2020 de Londres, Gavi, la *Vaccine Alliance* ha lanzado la [Gavi Advance Market Commitment for COVID-19 Vaccines](#) (Gavi Covax AMC). Se trata de un nuevo instrumento de financiación destinado a incentivar a los fabricantes de vacunas para que produzcan suficiente cantidad de vacunas frente al SARS-CoV-2 de manera que se asegure su distribución en los países en vías de desarrollo. La meta económica inicial es la de llegar a los 2.000 millones de dólares para poder vacunar a sus trabajadores sanitarios y a las personas de alto riesgo.

El Gavi Covax AMC se inspira en un mecanismo similar al implantado satisfactoriamente a propósito de las vacunas antineumocócicas y frente al virus Ebola. Se trata, en definitiva, de garantizar un volumen de dosis antes de que salgan al mercado, lo que aumenta la disponibilidad de vacuna y reduce el tiempo entre la autorización del regulatorio y la disponibilidad de la vacuna en los países más pobres.

AstraZeneca ha sido el primer fabricante en firmar el compromiso con Gavi Covax AMC, de modo que garantiza 300 millones de dosis de vacuna COVID-19 una vez que haya sido precualificada por la OMS.

Cómo cambiarán nuestra salud el clima, los antivacunas y las bacterias resistentes

PATRICIA PEIRÓ | 15/11/2019 - 00:03 CET

El regreso de enfermedades, antibióticos ineficaces y los desastres naturales marcarán los problemas sanitarios del futuro. De hecho, ya está pasando

PRIMARY HEALTH CARE NETWORK



If you have a Fever and a Rash, or have been exposed to the measles, DO NOT ENTER.

אויב האט איר פיווער מיט א רעש, אדער געווען מיט איינער וואס האט מציעליס, קומט נישט אריין.

Please call: ביטע רופן: 718-260-4600 Extension: 333

and let ז וויסן!

Vuelta al cole: ¿pueden las guarderías vetar a los niños que no están vacunados?

IRENE CORTÉS / PATRICIA ESTEBAN | 09/09/2019 - 11:39 CEST
Los tribunales avalan esta medida a pesar de que la inmunización en España es voluntaria

Inhabilitada una pediatra en Madrid por defender que las vacunas causan autismo

Fue denunciada por la asociación 'Autismo España' cuando detectaron que recomendaba a las madres la no

Alemania multará con hasta 2.500 euros a los padres que no vacunen de sarampión a sus hijos

La decisión entrará en vigor en marzo del año que viene si el Bundestag la ratifica.

La Comisión Europea se alía con la OMS para frenar a los antivacunas

ORIOL GÜELL | 12/09/2019 - 12:11 CEST
Desde 2016, 84 personas han muerto por sarampión en Europa, más que en los 15 años anteriores

Niños sin la vacuna de sarampión no pueden acudir a sitios públicos en Nueva York

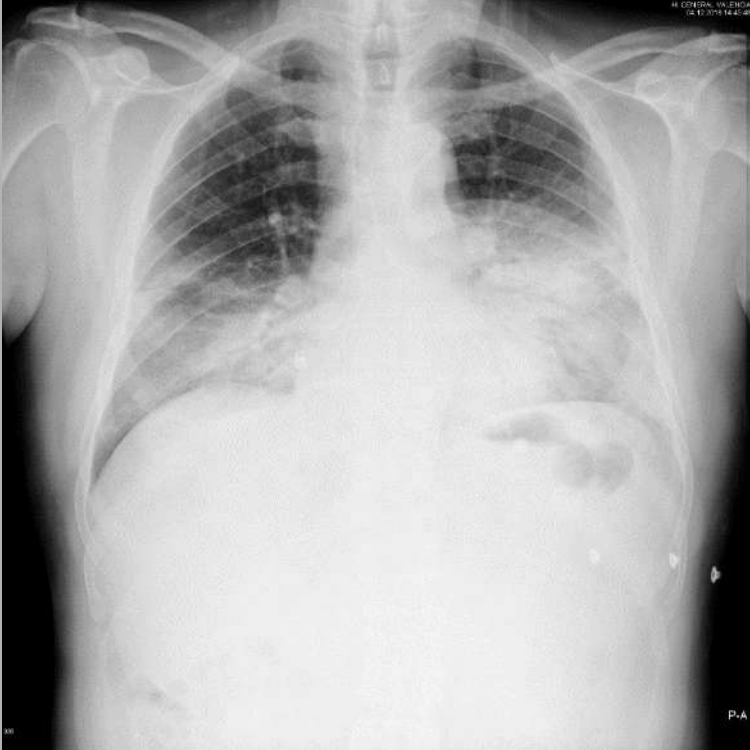
El condado de Rockland decidió negarles el acceso como medida precautoria para controlar el brote epidémico en los EEUU

POLIO GLOBAL
ERADICATION
INITIATIVE

EVERY
LAST
CHILD

Polio Is Making A Comeback





INFORME DE LABORATORIO
Microbiología

Usuario:	0
Imp.:	
Fecha:	04-12-2019
Hora:	17:51:54
Página:	1 1

Nombre	[REDACTED]	Nº Historia	H708750	Nº Peticion	11409738
Fecha Nacimiento	11-01-1957	Edad	62	Sexo	Hombre
Nº Seg. Social	46/1136946	Sip	4238061	Procedencia	URGENCIAS: General
Médico	[REDACTED]	Destino	URGENCIAS: General	Fec. Extrac	04/12/2019 16:55
Observaciones	CONSULTA 4 BOXES	C. Extracción	LABORATORIO MICRO	Cama	

Antígeno de Neumococo

POSITIVO. Sugiere posible infección neumocócica, que conviene evaluar en el contexto clínico y de otras determinaciones analíticas. sibilidad: 95%. Especificidad: 95%.

Vacunación en grupos de riesgo de todas las edades y en determinadas situaciones

Ponencia de Programa y Registro de Vacunaciones

Julio 2018

Documento
recomendado

1. Vacunación en grupos de riesgo	17
1.1. Inmunodeficiencias	17
1.1.1. Introducción y generalidades de vacunación	17
1.2. Deficiencias inmunitarias primarias/congénitas	19
1.2.1. Recomendaciones generales de vacunación en las IDP, excluyendo asplenia y déficits del sistema complemento	19
1.2.2. Recomendaciones específicas por tipo de IDP	21
1.3. Deficiencias inmunitarias secundarias	22
1.3.1. Tratamiento con inmunosupresores	32
1.3.2. Asplenia anatómica o funcional	32
1.3.3. Trasplante de órgano sólido (TOS)	42
1.3.4. Trasplante de progenitores hematopoyéticos (TPH)	45
1.3.5. Infección por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH)	51
1.3.6. Cáncer/hemopatías malignas	56
Bibliografía de inmunodeficiencias	65
2. Enfermedades crónicas	68
2.1. Enfermedades cardiovasculares y respiratorias crónicas	82
2.2. Enfermedades neurológicas y neuromusculares graves	82
2.3. Enfermedad renal crónica y síndrome nefrótico	84
2.4. Enfermedad hepática crónica, alcoholismo crónico y cirrosis	85
2.5. Diabetes mellitus	87
2.6. Hemofilia y otros trastornos hemorrágicos crónicos. recepción de hemoderivados y transfusiones múltiples	88
2.7. Hemoglobinopatías y anemias	90
2.8. Obesidad mórbida	91
2.9. Tabaquismo	92
2.10. Enfermedades inflamatorias crónicas	92
2.11. Enfermedad celíaca	93
Bibliografía enfermedades crónicas	94
3. Personas institucionalizadas	96
3.1. Residentes en centros sociosanitarios	105
3.2. Residentes en instituciones penitenciarias	105
Bibliografía personas institucionalizadas	108
4. Otros grupos de riesgo	108
4.1. Implante coclear	111
4.2. Fístula de líquido cefalorraquídeo	111
4.3. Tratamiento prolongado con ácido acetilsalicílico o anticoagulantes	111
4.4. Síndrome de Down (SD)	112
4.5. Tratamiento escisional de cérvix	112
Bibliografía de otros grupos de riesgo	114
	116



Protocolo de vacunación en personas adultas sanas y con condiciones de riesgo en todas las edades y en determinadas situaciones en la Comunitat Valenciana.

8.1.	Inmunodeficiencias	53
8.1.1.	Deficiencias inmunitarias primarias/congénitas	54
8.1.2.	Déficits del sistema del complemento	56
8.1.3.	Deficiencias inmunitarias secundarias	59
8.1.3.1.	Personas con asplenia anatómica o funcional	68
8.1.3.2.	Personas con Trasplante de órgano sólido (TOS).....	69
8.1.3.3.	Personas con Trasplante de progenitores hematopoyéticos (TPH).....	71
8.1.3.4.	Vacunación en población adulta con infección por VIH.....	72
8.1.3.5.	Personas con cáncer/hemopatías malignas	74
8.2.	Enfermedades Crónicas.....	75
8.2.1.	Enfermedades cardiovasculares y respiratorias crónicas	75
8.2.2.	Enfermedades neurológicas y neuromusculares graves.....	76
8.2.3.	Enfermedad renal crónica y síndrome nefrótico	76
8.2.4.	Enfermedad hepática crónica, alcoholismo crónico y cirrosis	76
8.2.5.	Diabetes mellitus.....	77

Vacunación en grupos de riesgo de todas las edades y en determinadas situaciones

Ponencia de Programa y Registro de Vacunaciones
Julio 2018



Consejo Interterritorial
de las CC.LL.



GOBIERNO DE ESPAÑA
MINISTERIO DE SANIDAD CONSUMO Y BIENESTAR SOCIAL

I- Vacunación en grupos de riesgo	17
1. Inmunodeficiencias	17
1.1. Introducción y generalidades de vacunación	17
1.2. Deficiencias inmunitarias primarias/congénitas	19
1.2.1. Recomendaciones generales de vacunación en las IDP, excluyendo asplenia y déficits del sistema complemento	21
1.2.2. Recomendaciones específicas por tipo de IDP	22
1.3. Deficiencias inmunitarias secundarias	32
1.3.1. Tratamiento con inmunosupresores	32
1.3.2. Asplenia anatómica o funcional	42
1.3.3. Trasplante de órgano sólido (TOS)	45
1.3.4. Trasplante de progenitores hematopoyéticos (TPH)	51
1.3.5. Infección por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH)	56
1.3.6. Cáncer/hemopatías malignas	65
Bibliografía de inmunodeficiencias	68
2. Enfermedades crónicas	82
2.1. Enfermedades cardiovasculares y respiratorias crónicas	82
2.2. Enfermedades neurológicas y neuromusculares graves	84
2.3. Enfermedad renal crónica y síndrome nefrótico	85
2.4. Enfermedad hepática crónica, alcoholismo crónico y cirrosis	87
2.5. Diabetes mellitus	88
2.6. Hemofilia y otros trastornos hemorrágicos crónicos. recepción de hemoderivados y transfusiones múltiples	90
2.7. Hemoglobinopatías y anemias	91
2.8. Obesidad mórbida	92
2.9. Tabaquismo	92
2.10. Enfermedades inflamatorias crónicas	93
2.11. Enfermedad celíaca	94
Bibliografía enfermedades crónicas	96
3. Personas institucionalizadas	105
3.1. Residentes en centros sociosanitarios	105
3.2. Residentes en instituciones penitenciarias	108
Bibliografía personas institucionalizadas	108
4. Otros grupos de riesgo	111
4.1. Implante coclear	111
4.2. Fístula de líquido cefalorraquídeo	111
4.3. Tratamiento prolongado con ácido acetilsalicílico o anticoagulantes	112
4.4. Síndrome de Down (SD)	112
4.5. Tratamiento escisional de cérvix	114
Bibliografía de otros grupos de riesgo	116

Grupos de riesgo:

Inmunodeficiencias

Enfermedades crónicas

Personas institucionalizadas

Otros grupos de riesgo

Vacunación en grupos de riesgo de todas las edades y en determinadas situaciones

Ponencia de Programa y Registro de Vacunaciones
Julio 2018

I- Vacunación en grupos de riesgo	17
1. Inmunodeficiencias	17
1.1. Introducción y generalidades de vacunación	17
1.2. Deficiencias inmunitarias primarias/congénitas	19
1.2.1. Recomendaciones generales de vacunación en las IDP, excluyendo asplenia y déficits del sistema complemento	21
1.2.2. Recomendaciones específicas por tipo de IDP	22
1.3. Deficiencias inmunitarias secundarias	32
1.3.5. Infección por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH)	45
1.3.3. Trasplante de órgano sólido (TOS).....	45
1.3.4. Trasplante de progenitores hematopoyéticos (TPH).....	51
1.3.5. Infección por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH).....	56
1.3.6. Cáncer/hemopatías malignas	65
Bibliografía de inmunodeficiencias	68

edad
CD4
IO
alergias

sexo
HLA B5701
comorbilidades

riesgo cardiovascular

coinfección virus hepatotropos

CV VIH
personalidad

patología psiquiátrica

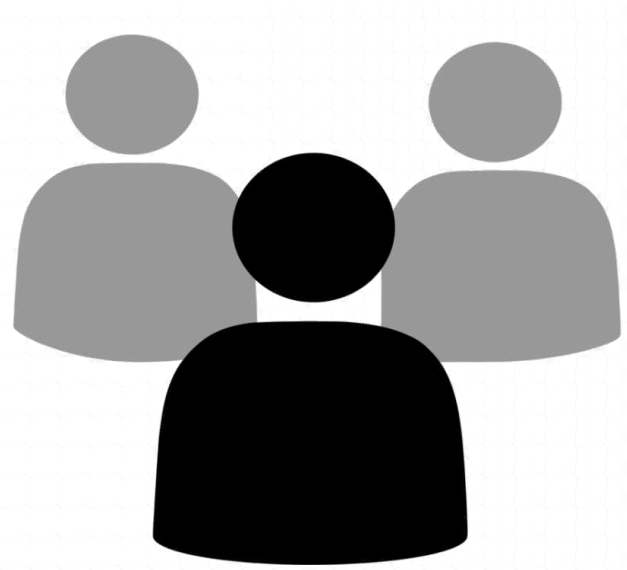
vacunaciones

Situación sociofamiliar

actividad laboral

dislipemia

hábito tabáquico



relaciones sexuales

ITS

tratamientos crónicos

dieta

consumo de drogas

consumo de suplementos

test de resistencias HIV

Consumo de productos de herboristería

actividad deportiva

menopausia

HTA

tumores no definitorios de SIDA

gestación

formación académica

NUEVO PACIENTE CON DIAGNÓSTICO DE VIH

Vacunación en grupos de riesgo de todas las edades y en determinadas situaciones

Ponencia de Programa y Registro de Vacunaciones
julio 2018



I- Vacunación en grupos de riesgo	17
1. Inmunodeficiencias	17
1.1. Introducción y generalidades de vacunación	17
1.2. Deficiencias inmunitarias primarias/congénitas	19
1.2.1. Recomendaciones generales de vacunación en las IDP, excluyendo asplenia y déficits del sistema complemento	21
1.2.2. Recomendaciones específicas por tipo de IDP	22
1.3. Deficiencias inmunitarias secundarias	32
1.3.1. Tratamiento con inmunosupresores	32
1.3.2. Asplenia anatómica o funcional	42
1.3.3. Trasplante de órgano sólido (TOS)	45
1.3.4. Trasplante de progenitores hematopoyéticos (TPH)	51
1.3.5. Infección por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH)	56
1.3.6. Cáncer/hemopatías malignas	65
Bibliografía de inmunodeficiencias	68
2. Enfermedades crónicas	82
2.1. Enfermedades cardiovasculares y respiratorias crónicas	82
2.2. Enfermedades neurológicas y neuromusculares graves	84
2.3. Enfermedad renal crónica y síndrome nefrótico	85
2.4. Enfermedad hepática crónica, alcoholismo crónico y cirrosis	87
2.5. Diabetes mellitus	88
2.6. Hemofilia y otros trastornos hemorrágicos crónicos. recepción de hemoderivados y transfusiones múltiples	90
2.7. Hemoglobinopatías y anemias	91
2.8. Obesidad mórbida	92
2.9. Tabaquismo	92
2.10. Enfermedades inflamatorias crónicas	93
2.11. Enfermedad celíaca	94
4. Otros grupos de riesgo	111
4.1. Implante coclear	111
4.2. Fístula de líquido cefalorraquídeo	111
4.3. Tratamiento prolongado con ácido acetilsalicílico o anticoagulantes	112
4.4. Síndrome de Down (SD)	112
4.5. Tratamiento escisional de cérvix	114
Bibliografía de otros grupos de riesgo	116

Grupos de riesgo:

Enfermedades crónicas

Enfermedades crónicas	Vacunas			
	Gripe ¹	Neumococo ²	Hepatitis B	Hepatitis A
Enfermedades cardiovasculares y respiratorias crónicas	Anual	VNP23	-	-
Enfermedades neurológicas y neuromusculares graves	Anual	VNP23	-	-
Enfermedad renal crónica y síndrome nefrótico	Anual	VNC+VNP23	Población infantil: vacuna pediátrica. Pauta estándar 3 dosis (0, 1 y 6 meses) Menores en diálisis: vacuna 20µg (0, 1, 6 meses) ≥15 años y adultos en diálisis: vacunas para prediálisis y diálisis ³	-
Enfermedad hepática crónica, alcoholismo crónico y cirrosis	Anual	Hepatopatía crónica: VNP23 Alcoholismo crónico y cirrosis hepática: VNC13+VNP23. Intervalo entre vacunas ≥ 8 semanas.	Pauta estándar 3 dosis a los 0, 1 y 6 meses	Una dosis a partir de los 12 meses de edad. Segunda dosis a los 6-12 meses
Diabetes Mellitus	Anual	VNP23		
Hemofilia y trastornos hemorrágicos crónicos. Receptores de hemoderivados y transfusiones múltiples	Anual	-	Pauta estándar 3 dosis a los 0, 1 y 6 meses	-
Hemoglobinopatías y anemias	Anual	-	-	-
Obesidad mórbida	Anual	-	-	-
Tabaquismo	Anual	-	-	-
Enfermedades inflamatorias crónicas (EIC)	Anual	VNC13+VNP23 ⁴	Pauta estándar 3 dosis a los 0, 1 y 6 meses ⁵	-
Enfermedad celíaca	Anual	VNP23	- ⁶	-

Vacunación en grupos de riesgo de todas las edades y en determinadas situaciones

Ponencia de Programa y Registro de Vacunaciones
Julio 2018



Enfermedades crónicas	Vacunas			
	Gripe ¹	Neumococo ²	Hepatitis B	Hepatitis A
Enfermedades cardiovasculares y respiratorias crónicas	Anual	VNP23	-	-
Enfermedades neurológicas y neuromusculares graves	Anual	VNP23	-	-
Enfermedad renal crónica y síndrome nefrótico	Anual	VNC+VNP23	Población infantil: vacuna pediátrica. Pauta estándar 3 dosis (0, 1 y 6 meses) Menores en diálisis: vacuna 20µg (0, 1, 6 meses) ≥15 años y adultos en diálisis: vacunas para prediálisis y diálisis ³	-
Enfermedad hepática crónica, alcoholismo crónico y cirrosis	Anual	Hepatopatía crónica: VNP23 Alcoholismo crónico y cirrosis hepática: VNC13+VNP23. Intervalo entre vacunas ≥ 8 semanas.	Pauta estándar 3 dosis a los 0, 1 y 6 meses	Una dosis a partir de los 12 meses de edad. Segunda dosis a los 6-12 meses
Diabetes Mellitus	Anual	VNP23		
Hemofilia y trastornos hemorrágicos crónicos. Receptores de hemoderivados y transfusiones múltiples	Anual	-	Pauta estándar 3 dosis a los 0, 1 y 6 meses	-
Hemoglobinopatías y anemias	Anual	-	-	-
Obesidad mórbida	Anual	-	-	-
Tabaquismo	Anual	-	-	-
Enfermedades inflamatorias crónicas (EIC)	Anual	VNC13+VNP23 ⁴	Pauta estándar 3 dosis a los 0, 1 y 6 meses ⁵	-
Enfermedad celíaca	Anual	VNP23	- ⁶	-

Vacunación en grupos de riesgo de todas las edades y en determinadas situaciones

Ponencia de Programa y Registro de Vacunaciones
Julio 2018



Enfermedades crónicas	Vacunas			
	Gripe ¹	Neumococo ²	Hepatitis B	Hepatitis A
Enfermedades cardiovasculares y respiratorias crónicas	Anual	VNP23	-	-
Enfermedades neurológicas y neuromusculares graves	Anual	VNP23	-	-
Enfermedad renal crónica y síndrome nefrótico	Anual	VNC+VNP23	Población infantil: vacuna pediátrica. Pauta estándar 3 dosis (0, 1 y 6 meses) Menores en diálisis: vacuna 20µg (0, 1, 6 meses) ≥15 años y adultos en diálisis: vacunas para prediálisis y diálisis ³	-
Enfermedad hepática crónica, alcoholismo crónico y cirrosis	Anual	Hepatopatía crónica: VNP23 Alcoholismo crónico y cirrosis hepática: VNC13+VNP23. Intervalo entre vacunas ≥ 8 semanas.	Pauta estándar 3 dosis a los 0, 1 y 6 meses	Una dosis a partir de los 12 meses de edad. Segunda dosis a los 6-12 meses
Diabetes Mellitus	Anual	VNP23		
Hemofilia y trastornos hemorrágicos Receptores de transfusiones Hemoglobino				
Obesidad mórbida	Anual	-	-	-
Tabaquismo	Anual	-	-	-
Enfermedades inflamatorias crónicas (EIC)	Anual	VNC13+VNP23 ⁴	Pauta estándar 3 dosis a los 0, 1 y 6 meses ⁵	-
Enfermedad celíaca	Anual	VNP23	- ⁶	-

Hepatitis A. Las personas con hepatopatía crónica, incluyendo las personas con alcoholismo crónico, tienen un mayor riesgo de presentar una hepatitis fulminante tras infección por VHA^{73,74,75}. En caso de no haberse vacunado frente a HB se puede administrar vacuna combinada HA+HB.

Vacunación en grupos de riesgo de todas las edades y en determinadas situaciones

Ponencia de Programa y Registro de Vacunaciones
Julio 2018



Vacunación en grupos de riesgo de todas las edades y en determinadas situaciones

Ponencia de Programa y Registro de Vacunaciones
julio 2018



I- Vacunación en grupos de riesgo	17
1. Inmunodeficiencias	17
1.1. Introducción y generalidades de vacunación	17
1.2. Deficiencias inmunitarias primarias/congénitas	19
1.2.1. Recomendaciones generales de vacunación en las IDP, excluyendo asplenia y déficits del sistema complemento	21
1.2.2. Recomendaciones específicas por tipo de IDP	22
1.3. Deficiencias inmunitarias secundarias	32
1.3.1. Tratamiento con inmunosupresores	32
1.3.2. Asplenia anatómica o funcional	42
1.3.3. Trasplante de órgano sólido (TOS)	45
1.3.4. Trasplante de progenitores hematopoyéticos (TPH)	51
1.3.5. Infección por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH)	56
1.3.6. Cáncer/hemopatías malignas	65
Bibliografía de inmunodeficiencias	68
2. Enfermedades crónicas	82
2.1. Enfermedades cardiovasculares y respiratorias crónicas	82
2.2. Enfermedades neurológicas y neuromusculares graves	84
2.3. Enfermedad renal crónica y síndrome nefrótico	85
2.4. Enfermedad hepática crónica, alcoholismo crónico y cirrosis	87
2.5. Diabetes mellitus	88
3. Personas institucionalizadas	105
3.1. Residentes en centros sociosanitarios	105
3.2. Residentes en instituciones penitenciarias	108
Bibliografía personas institucionalizadas	108
4. Otros grupos de riesgo	111
4.1. Implante coclear	111
4.2. Fístula de líquido cefalorraquídeo	111
4.3. Tratamiento prolongado con ácido acetilsalicílico o anticoagulantes	112
4.4. Síndrome de Down (SD)	112
4.5. Tratamiento escisional de cérvix	114
4.1. Implante coclear	111
4.2. Fístula de líquido cefalorraquídeo	111
4.3. Tratamiento prolongado con ácido acetilsalicílico o anticoagulantes	112
4.4. Síndrome de Down (SD)	112
4.5. Tratamiento escisional de cérvix	114
Bibliografía de otros grupos de riesgo	116

Grupos de riesgo:

Personas institucionalizadas

Otros grupos de riesgo

Vacunación en grupos de riesgo de todas las edades y en determinadas situaciones

Ponencia de Programa y Registro de Vacunaciones
julio 2018



I- Vacunación en grupos de riesgo	17
1. Inmunodeficiencias	17
1.1. Introducción y generalidades de vacunación	17
1.2. Deficiencias inmunitarias primarias/congénitas	19
1.2.1. Recomendaciones generales de vacunación en las IDP, excluyendo asplenia y déficits del sistema complemento	21
1.2.2. Recomendaciones específicas por tipo de IDP	22
1.3. Deficiencias inmunitarias secundarias	32
1.3.1. Tratamiento con inmunosupresores	32
1.3.2. Asplenia anatómica o funcional	42
1.3.3. Trasplante de órgano sólido (TOS)	45
1.3.4. Trasplante de progenitores hematopoyéticos (TPH)	51
1.3.5. Infección por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH)	56
1.3.6. Cáncer/hemopatías malignas	65
Bibliografía de inmunodeficiencias	68
2. Enfermedades crónicas	82
2.1. Enfermedades cardiovasculares y respiratorias crónicas	82
2.2. Enfermedades neurológicas y neuromusculares graves	84
2.3. Enfermedad renal crónica y síndrome nefrótico	85
2.4. Enfermedad hepática crónica, alcoholismo crónico y cirrosis	87

Grupo de Riesgo	Vacunación	Pauta
- Población de instituciones penitenciarias	Hepatitis B	3 dosis
2.9. Tabaquismo		92
2.10. Enfermedades inflamatorias crónicas		93
Mujeres con tratamiento escisional de cérvix	VPH	3 dosis*

*independientemente de la edad. Administrar de forma precoz tras el diagnóstico de la lesión, preferentemente antes de la intervención y hasta 12 meses tras la misma.

4. Otros grupos de riesgo	111
4.1. Implante coclear	111
4.2. Fístula de líquido cefalorraquídeo	111
4.3. Tratamiento prolongado con ácido acetilsalicílico o anticoagulantes	112
4.4. Síndrome de Down (SD)	112
4.5. Tratamiento escisional de cérvix	114
Bibliografía de otros grupos de riesgo	116

Grupos de riesgo:

Personas institucionalizadas

Otros grupos de riesgo

Vacunación en grupos de riesgo de todas las edades y en determinadas situaciones

Ponencia de Programa y Registro de Vacunaciones
Julio 2018



II- Vacunación en situaciones de riesgo	119
5. Entorno laboral	119
5.1. Personal de centros de educación infantil de 0 a 3 años	120
5.2. Personal de instituciones penitenciarias y centros de inmigrantes	121
5.3. Personal sanitario	122
5.4. Personas que cuidan o atienden a pacientes de alto riesgo o personas mayores	125
5.5. Servicios públicos esenciales	126
5.6. Aplicadores de tatuajes y/o "piercing"	127
5.7. Personal expuesto a aves y cerdos	128
Bibliografía entorno laboral	128
6. Personas con conductas de riesgo	132
6.1. Hombres que tienen sexo con hombres (HSH)	132
6.2. Personas que se inyectan drogas (PID)	133
6.3. Personas en situación de prostitución	134
Bibliografía personas con conductas de riesgo	134
7. Mujeres en edad fértil, embarazadas y puerperio	137
7.1. Mujeres en edad fértil	137
7.2. Embarazadas	138
7.2.1. Vacunación en circunstancias especiales	139
7.3. Puerperio (lactancia materna)	142
Bibliografía de mujeres en edad fértil, embarazadas y puerperio	142

Situaciones de riesgo:

Entorno laboral

Conductas de riesgo

Mujeres en edad fértil, embarazadas y puerperio

Vacunación en grupos de riesgo de todas las edades y en determinadas situaciones

Ponencia de Programa y Registro de Vacunaciones
Julio 2018



II- Vacunación en situaciones de riesgo	119
5. Entorno laboral	119
5.1. Personal de centros de educación infantil de 0 a 3 años	120
5.2. Personal de instituciones penitenciarias y centros de inmigrantes	121

Descripción del Grupo de Riesgo	Vacunación	Pauta
- Hombres que tienen sexo con hombres (HSH)	Hepatitis B Hepatitis A VPH*	3 dosis 2 dosis 3 dosis
- Personas que se inyectan drogas (PID)	Hepatitis B Hepatitis A Td	3 dosis 2 dosis 3 dosis + 2 dosis
- Personas en situación de prostitución	Hepatitis B Hepatitis A VPH*	3 dosis 2 dosis 3 dosis

*Hasta los 26 años. Valorar la protección frente verrugas genitales (vacuna que incluye tipos 6 y 11 de VPH)

7.2.1. Vacunación en circunstancias especiales	139
7.3. Puerperio (lactancia materna)	142
Bibliografía de mujeres en edad fértil, embarazadas y puerperio	142

Situaciones de riesgo:

Entorno laboral

Conductas de riesgo

Mujeres en edad fértil, embarazadas y puerperio

Hombres que tienen sexo con hombres (HSH)

Descripción del Grupo de Riesgo	Vacunación	Pauta
- Hombres que tienen sexo con hombres (HSH)	Hepatitis B Hepatitis A VPH*	3 dosis 2 dosis 3 dosis
- Personas que se inyectan drogas (PID)	Hepatitis B Hepatitis A Td	3 dosis 2 dosis 3 dosis + 2 dosis
- Personas en situación de prostitución	Hepatitis B Hepatitis A VPH*	3 dosis 2 dosis 3 dosis

*Hasta los 26 años. Valorar la protección frente verrugas genitales (vacuna que incluye tipos 6 y 11 de VPH)



Vacunas recomendadas y pauta de vacunación (tabla 35)

- **Hepatitis B.** Se recomienda la vacunación frente a VHB con la pauta habitual de tres dosis: 0, 1 y 6 meses en los HSH no vacunados previamente.
- **Hepatitis A.** Se recomienda la vacunación frente a la HA con dos dosis: pauta 0, 6 meses. Cuando sea necesaria también la administración de HB, se puede utilizar vacuna combinada HA+HB con pauta de tres dosis (0, 1 y 6 meses).
- **VPH.** Se recomienda la vacunación de los HSH hasta los 26 años frente a VPH con tres dosis, pauta 0, 1-2 y 6 meses.



Vacunación en el paciente VIH



HHS Public Access

Author manuscript

Vaccine. Author manuscript; available in PMC 2019 June 30.

Published in final edited form as:

Vaccine. 2019 May 31; 37(25): 3296–3302. doi:10.1016/j.vaccine.2019.04.080.

Vaccine safety in HIV-infected adults within the Vaccine Safety Datalink Project

Rulin C. Hechter^{a,*}, Lei Qian^a, Sara Y. Tartof^a, Lina S. Sy^a, Nicola P. Klein^b, Eric Weintraub^c, Cheryl Mercado^a, Allison Naleway^d, Huong Q. McLean^e, and Steven J. Jacobsen^a

^aKaiser Permanente Southern California, USA

^bKaiser Permanente Northern California, USA

^cImmunization Safety Office, Centers for Disease Control and Prevention, USA

^dKaiser Permanente Northwest, USA

^eMarshfield Clinic Research Institute, USA

Objectives: We evaluate safety of routine vaccination among adults infected with human immunodeficiency virus (HIV) in five healthcare organizations in the United States.

Methods: We conducted a retrospective cohort study of HIV-infected adults who received inactivated influenza vaccines, hepatitis B vaccines, pneumococcal vaccines, or tetanus, diphtheria, and acellular pertussis vaccines between 2002 and 2013. We conducted self-controlled case series analysis to estimate the relative risk (RR) for 11 pre-specified adverse events (AEs) requiring medical attention.

Results: Among 20,417 HIV-infected adults (90.2% male), a total of 137,674 vaccine doses were administered.

There was no evidence of increased risk for other AEs following routine vaccination in HIV-infected adults.

Conclusions: Routinely administered vaccines are generally safe for HIV-infected adults.

Vacunas de virus
vivos atenuados



Vacunas de virus
inactivados

Seguridad

Eficacia

Respuesta al estímulo antigénico

Durabilidad

De la respuesta / protección

Sistema inmune

A simple grey outline of a human figure, standing with arms slightly away from the body and legs apart. The text 'Sistema inmune' is centered on the torso area.



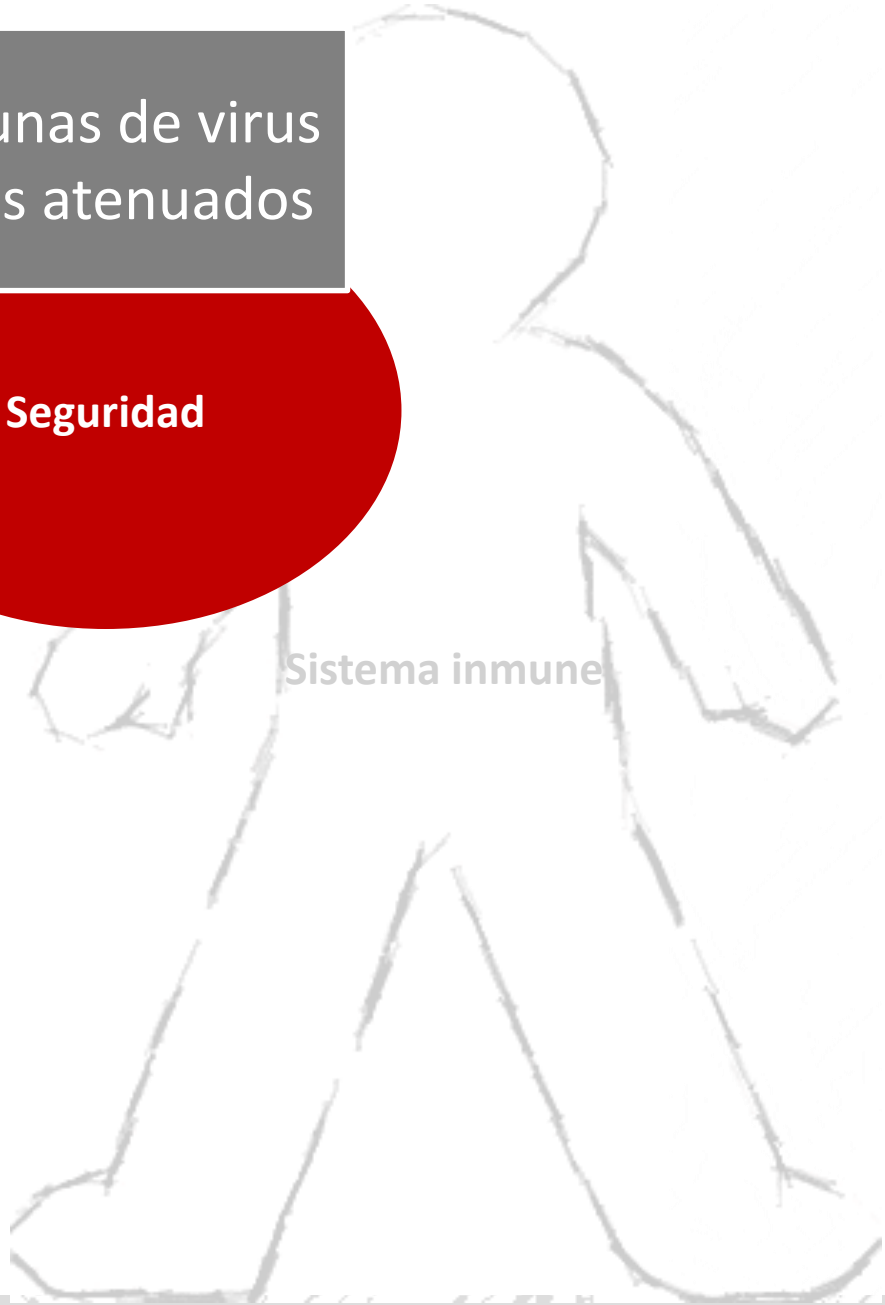
Vacunas de virus inactivados

Eficacia
Respuesta al estímulo antigénico

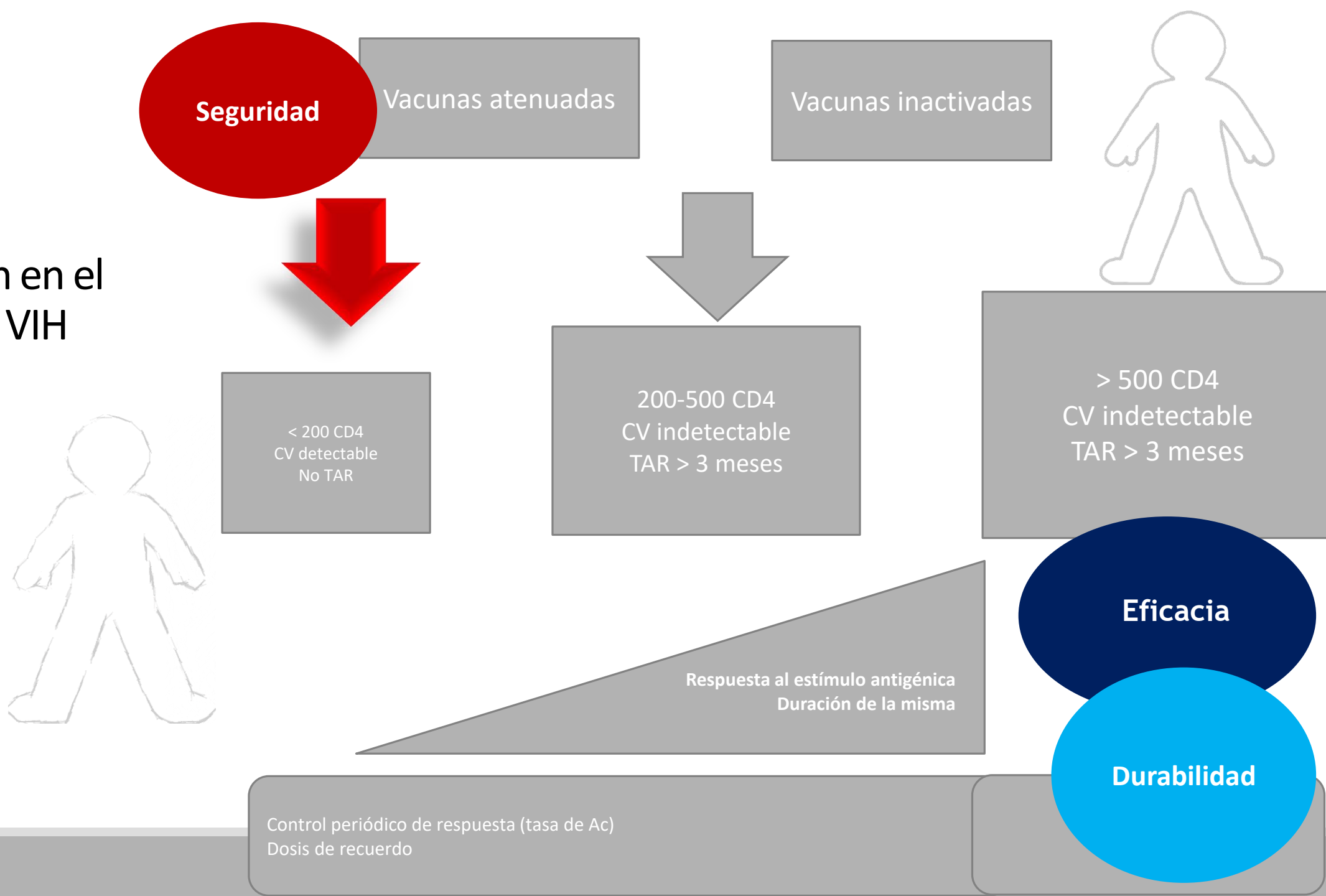
Durabilidad
De la respuesta / protección

Vacunas de virus vivos atenuados

Seguridad



Vacunación en el paciente VIH



Vacunación en grupos de riesgo de todas las edades y en determinadas situaciones

Ponencia de Programa y Registro de Vacunaciones
Julio 2018



Vacuna	Recomendación	Determinación anticuerpos (pre/post vacunación)	Notas
Neumococo	VNC13+VNP23	No	Pauta secuencial: VNC13+VNP23 (intervalo mínimo 8 semanas)
			Dosis de recuerdo de VNP 23, 5 años desde la dosis anterior
Gripe	1 dosis anual	No	Vacuna inactivada, desde los 6 meses de vida
Hepatitis B	4 dosis (0, 1, 2 y 6 meses)	Pre y postvacunación	Se usará vacuna con mayor carga antigénica o adyuvantes más potentes
			Si no respondedor administrar tres dosis adicionales con intervalos de 4 semanas
Hepatitis A	Pauta (ver notas)	Pre y postvacunación	Si $CD4 > 350/mm^3$, pauta de 2 dosis (0, 6 meses)
			Si $CD4 < 350/mm^3$, pauta de 3 dosis (0, 1 y 6 meses)
VPH	3 dosis (0,1-2, 6 meses)	No	Hasta los 26 años de edad en hombres y mujeres VIH positivos.
Meningococo	2 dosis (0, 2 meses)	No	Vacuna MenACWY. Se valorará dosis de recuerdo a los 5 años
Tétanos	Ver notas	No	Si correctamente vacunado (5 dosis), valorar recuerdos cada 10 años en personas con riesgo de exposición (especialmente viajeros a zonas remotas), Ver texto.
HZ/su	Ver notas	No	Se administrará en cuanto esté disponible. Se determinará más adelante la pauta más adecuada y el momento idóneo de vacunación
Triple vírica	Ver notas	Pre y postvacunación	Recomendada en pacientes seronegativos frente a sarampión si $CD4 > 200$ células/ mm^3 mantenidos durante al menos 6 meses. Pauta 2 dosis (0, 1 mes)
			Mujeres en edad fértil seronegativas a rubeola vacunación si presentan $CD4 > 200$ células/ mm^3 mantenidos durante al menos 6 meses.
Varicela	Ver notas	Pre y postvacunación ¹	Recomendada en pacientes seronegativos que tengan un recuento de $CD4 > 200$ células/ mm^3 . Pauta 2 dosis (0, 3 meses). No usar vacuna tetra vírica.

Vacunación en grupos de riesgo de todas las edades y en determinadas situaciones

Ponencia de Programa y Registro de Vacunaciones
Julio 2018



Seguridad

Vacunas de virus vivos atenuados



Vacuna	Recomendación	Determinación anticuerpos (pre/post vacunación)	Notas
Neumococo	VNC13+VNP23	No	Pauta secuencial: VNC13+VNP23 (intervalo mínimo 8 semanas)
			Dosis de recuerdo de VNP 23, 5 años desde la dosis anterior
Gripe	1 dosis anual	No	Vacuna inactivada, desde los 6 meses de vida
Hepatitis B	4 dosis (0, 1, 2 y 6 meses)	Pre y postvacunación	Se usará vacuna con mayor carga antigénica o adyuvantes más potentes
			Si no respondedor administrar tres dosis adicionales con intervalos de 4 semanas
Hepatitis A	Pauta (ver notas)	Pre y postvacunación	Si CD4>350/mm ³ , pauta de 2 dosis (0, 6 meses)
			Si CD4<350/mm ³ , pauta de 3 dosis (0, 1 y 6 meses)
VPH	3 dosis (0,1-2, 6 meses)	No	Hasta los 26 años de edad en hombres y mujeres VIH positivos.
Meningococo	2 dosis (0, 2 meses)	No	Vacuna MenACWY. Se valorará dosis de recuerdo a los 5 años
Tétanos	Ver notas	No	Si correctamente vacunado (5 dosis), valorar recuerdos cada 10 años en personas con riesgo de exposición (especialmente viajeros a zonas remotas), Ver texto.
HZ/su	Ver notas	No	Se administrará en cuanto esté disponible. Se determinará más adelante la pauta más adecuada y el momento idóneo de vacunación
Triple vírica	Ver notas	Pre y postvacunación	Recomendada en pacientes seronegativos frente a sarampión si CD4>200 células/mm ³ mantenidos durante al menos 6 meses. Pauta 2 dosis (0, 1 mes)
			Mujeres en edad fértil seronegativas a rubeola vacunación si presentan CD4>200 células/mm ³ mantenidos durante al menos 6 meses.
Varicela	Ver notas	Pre y postvacunación ¹	Recomendada en pacientes seronegativos que tengan un recuento de CD4>200 células/mm ³ . Pauta 2 dosis (0, 3 meses). No usar vacuna tetravírica.




Infección VIH

Vacunas	Infección VIH	
	< 200 CD4/ μ l	\geq 200 CD4/ μ l
Gripe	Gripe anual	
Tétanos y difteria (Td)	Personas con vacunación ausente o incompleta hasta completar 5 dosis	
Tétanos-difteria-tosferina (dTpa)		
Sarampión, rubeola, parotiditis (Triple vírica) ⁽¹⁾	Contraindicada	TV Si susceptible
Varicela ⁽²⁾	Contraindicada	VVZ Si susceptible
Hepatitis A (HA) ⁽³⁾	HA	
Hepatitis B (HB) ⁽⁴⁾	HB	
Enfermedad Neumocócica ⁽⁵⁾	VNC13 + VNP23	
Enfermedad Meningocócica ACWY ⁽⁶⁾	MenACWY	
Enfermedad Meningocócica B ⁽⁷⁾		
<i>Haemophilus influenzae</i> tipo b (Hib) ⁽⁸⁾		
Virus del Papiloma Humano (VPH) ⁽⁹⁾	VPH	
Herpes Zóster (HZ/su) ⁽¹⁰⁾	HZ/su	


Los casos de sarampión se cuadruplican en el mundo

Durante el primer trimestre del año, 170 países han informado de 112.163 casos de sarampión a la OMS. Las regiones más afectadas son África, Europa y el Mediterráneo Oriental

MEASLES



is **highly contagious** and spreads through the air when an infected person **coughs or sneezes**.



It is so contagious that if one person has it, **9 out of 10 people** of all ages around him or her will also become infected if they are not protected.

África: 900 % (10 veces más casos que en 2018).

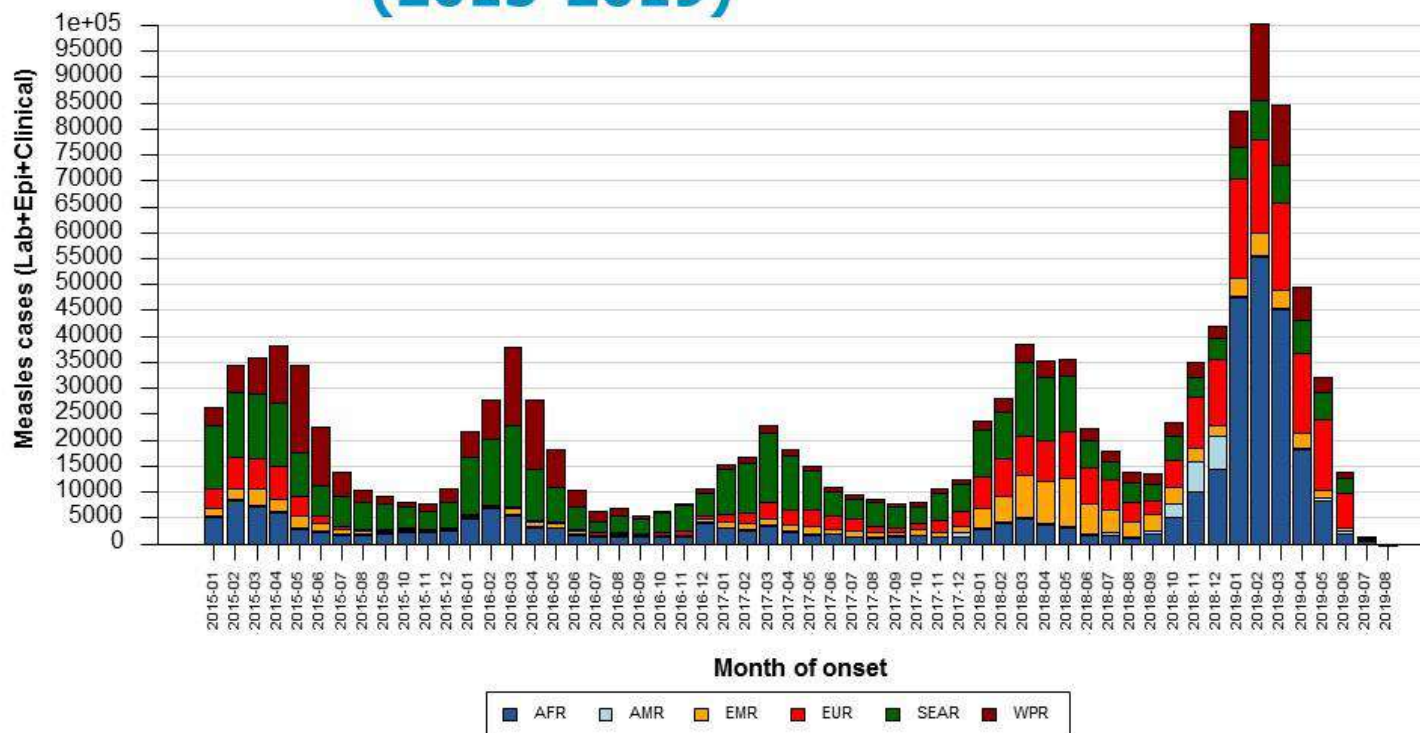
Región del Pacífico occidental: 230 % (3 veces los casos de 2018).

Región europea de la OMS: 120 % (más del doble de casos).

Región del Mediterráneo oriental: 50 % (1,5 veces).

Región del sureste de Asia y las Américas: 15 %.

Sarampión: distribución de casos por meses y regiones de la OMS (2015-2019)



El sarampión en el mundo: en 2019 tres veces más casos que en 2018

Measles in Europe

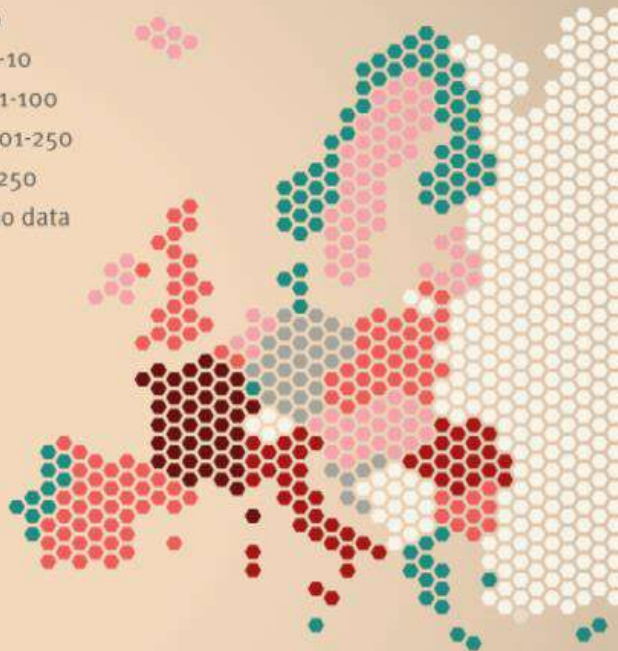
EU/EEA countries, July 2019



Countries affected in July

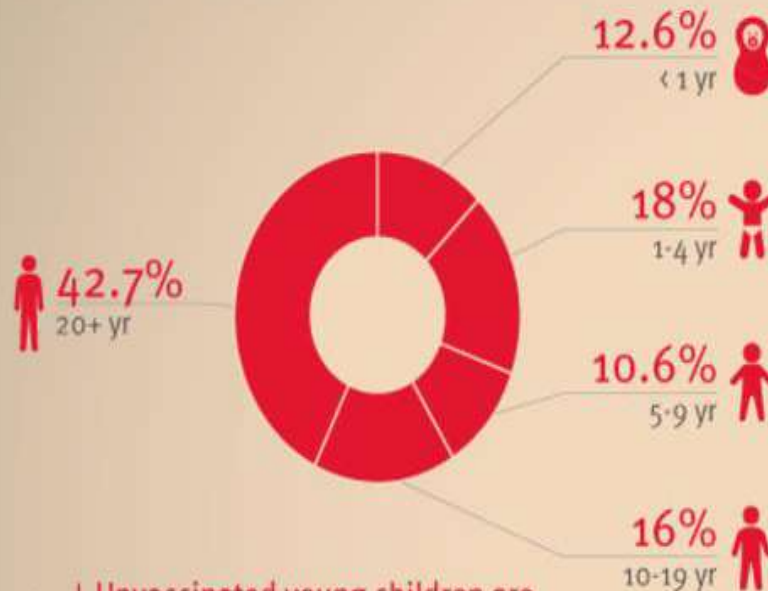
839 cases were reported by 20 countries

- 0
- 1-10
- 11-100
- 101-250
- >250
- no data



Measles affects all age groups

Age distribution of cases in July



Unvaccinated young children are at the highest risk of measles and its complications, which can be fatal.



Having measles later in life can also be very serious. Most EU/EEA cases are in teenagers and adults.

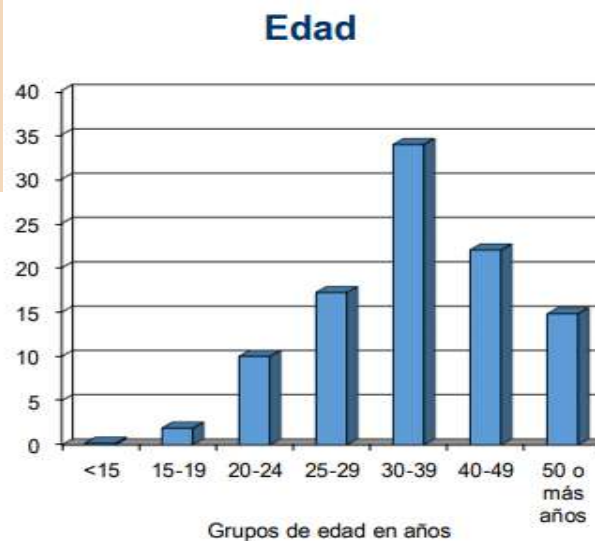
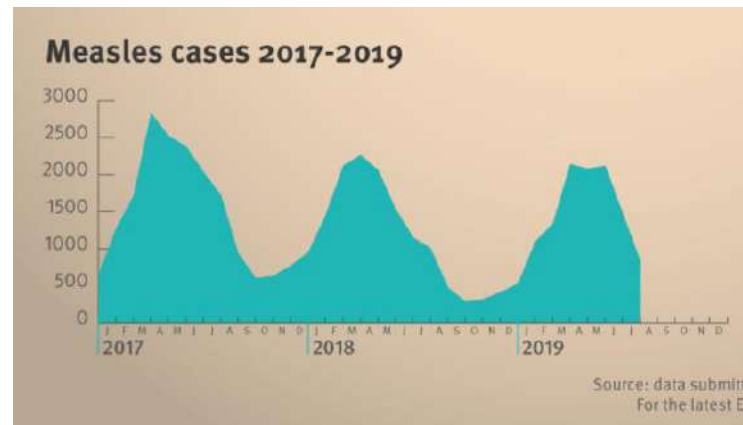


Figura 1
Nuevos diagnósticos de VIH. Distribución por edad y sexo.
España, 2017. Datos no corregidos por retraso en la notificación

Impact of COVID-19-related disruptions to measles, meningococcal A, and yellow fever vaccination in 10 countries

Gaythorpe, Abbas, Huber, et al. eLife 2021;10:e67023. DOI: <https://doi.org/10.7554/eLife.67023>



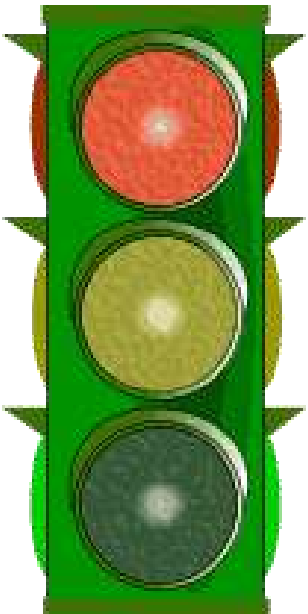
La pandemia deja a 13,5 millones de niños sin vacunar

La COVID-19 se ha convertido en la mayor amenaza para la salud infantil a la que nos hemos enfrentado nunca. Aunque los niños tienen menos riesgo de contraerla, les ha dejado sin la posibilidad de protegerse de otras enfermedades mortales.



NOTA INFORMATIVA

No hay motivos que justifiquen un cambio de la estrategia ni de las recomendaciones de vacunación frente a sarampión ya establecidas



- a. **Durante la infancia** se recomienda la administración de dos dosis de vacuna triple vírica (a los 12 meses y a los 3-4 años de vida). La población infantil mayor de 4 años que no haya recibido dos dosis de vacuna debe completar la pauta de vacunación, manteniendo un intervalo entre dosis de al menos 4 semanas.
- b. **Con respecto a los adultos³**, se recomienda la vacunación con dos dosis de triple vírica, con un intervalo entre dosis de al menos 4 semanas, a las personas nacidas en España a partir de 1970 que no hayan padecido la enfermedad y que no tengan historia de vacunación con dos dosis. En el caso de que el adulto hubiera recibido con anterioridad una única dosis, se administrará una segunda (manteniendo el intervalo anteriormente especificado).
En las personas nacidas antes de 1970 se asume que son inmunes por haber padecido la enfermedad con anterioridad.
- c. Los profesionales sanitarios que no hayan pasado la enfermedad y no estén vacunados con dos dosis frente a sarampión tienen un mayor riesgo de adquisición de sarampión que la población general. Es importante que este colectivo revise su cartilla de vacunación y proceda a la vacunación en caso necesario. No es necesaria serología previa a la vacunación ni control serológico posterior⁴.
- d. Debe aprovecharse cualquier contacto de las personas con el sistema sanitario para informar y actualizar el estado de vacunación.

Vacunación en grupos de riesgo de todas las edades y en determinadas situaciones

Ponencia de Programa y Registro de Vacunaciones
Julio 2018



Triple vírica. Aunque no hay evidencias de la mayor gravedad de la parotiditis y la rubeola, el sarampión puede ser letal en personas con infección VIH avanzada²⁰⁵.

Los títulos de anticuerpos de sarampión, rubeola y parotiditis aumentan después de la administración de TAR en personas previamente vacunadas pero $\geq 50\%$ permanecerán seronegativos³. La respuesta inmune tras la vacunación está reducida en pacientes con el VIH aunque mejora con el TAR. La vacuna está contraindicada¹ en pacientes con el VIH con $CD4 < 200$ células/mm³.

Se recomienda realizar estudio serológico para determinar la seroprotección frente a sarampión (IgG) en pacientes con el VIH independientemente de una historia previa de vacunación infantil. Ante un resultado negativo se recomienda la vacunación si presentan $CD4 > 200$ células/mm³ mantenidos durante al menos 6 meses. La vacunación se realizará con 2 dosis e intervalo de 4 semanas²²⁴.

En mujeres en edad fértil, se recomienda el estudio serológico para determinar protección frente a rubeola (IgG) y en las que sean negativas se les ofrecerá la vacunación si presentan $CD4 > 200$ células/mm³ mantenidos durante al menos 6 meses²²⁴, siempre que no estén embarazadas. Se puede administrar una única dosis con determinación serológica (IgG) a las 4 semanas y administración de una segunda dosis en caso de ser negativa²⁰⁵.

Vacunación en grupos de riesgo de todas las edades y en determinadas situaciones

Ponencia de Programa y Registro de Vacunaciones
Julio 2018

Vacuna	Recomendación	Determinación anticuerpos (pre/post vacunación)	Notas
Neumococo	VNC13+VNP23	No	Pauta secuencial: VNC13+VNP23 (intervalo mínimo 8 semanas) Dosis de recuerdo de VNP 23, 5 años desde la dosis anterior
Gripe	1 dosis anual	No	Vacuna inactivada, desde los 6 meses de vida
Hepatitis B	4 dosis (0, 1, 2 y 6 meses)	Pre y postvacunación	Se usará vacuna con mayor carga antigénica o adyuvantes más potentes Si no respondedor administrar tres dosis adicionales con intervalos de 4 semanas
Hepatitis A	Pauta (ver notas)	Pre y postvacunación	Si $CD4 > 350/mm^3$, pauta de 2 dosis (0, 6 meses) Si $CD4 < 350/mm^3$, pauta de 3 dosis (0, 1 y 6 meses)
VPH	3 dosis (0,1-2, 6 meses)	No	Hasta los 26 años de edad en hombres y mujeres VIH positivos.
Meningococo	2 dosis (0, 2 meses)	No	Vacuna MenACWY. Se valorará dosis de recuerdo a los 5 años
Tétanos	Ver notas	No	Si correctamente vacunado (5 dosis), valorar recuerdos cada 10 años en personas con riesgo de exposición (especialmente viajeros a zonas remotas), Ver texto.
HZ/su	Ver notas	No	Se administrará en cuanto esté disponible. Se determinará más adelante la pauta más adecuada y el momento idóneo de vacunación



Consejo Interterritorial
SISTEMA NACIONAL DE SALUD



Vacunas inactivadas

Eficacia

Durabilidad

Vacunación en grupos de riesgo de todas las edades y en determinadas situaciones

Ponencia de Programa y Registro de Vacunaciones
Julio 2018



Vacuna	Recomendación	Determinación anticuerpos (pre/post vacunación)	Notas
Neumococo	VNC13+VNP23	No	Pauta secuencial: VNC13+VNP23 (intervalo mínimo 8 semanas) Dosis de recuerdo de VNP 23, 5 años desde la dosis anterior
Gripe	1 dosis anual	No	Vacuna inactivada, desde los 6 meses de vida
Hepatitis B	4 dosis (0, 1, 2 y 6 meses)	Pre y postvacunación	Se usará vacuna con mayor carga antigénica o adyuvantes más potentes Si no respondedor administrar tres dosis adicionales con intervalos de 4 semanas
Hepatitis A			
VPH			
Meningocócica			
Tétanos			
HZ/su			
Triple vírica	Ver notas	Pre y postvacunación	Recomendada en pacientes seronegativos frente a sarampión si $CD4 > 200$ células/mm ³ mantenidos durante al menos 6 meses. Pauta 2 dosis (0, 1 mes) Mujeres en edad fértil seronegativas a rubeola vacunación si presentan $CD4 > 200$ células/mm ³ mantenidos durante al menos 6 meses.
Varicela	Ver notas	Pre y postvacunación ¹	Recomendada en pacientes seronegativos que tengan un recuento de $CD4 > 200$ células/mm ³ . Pauta 2 dosis (0, 3 meses). No usar vacuna tetravírica.

Tabla 1. Recomendaciones generales de vacunación para pacientes con infección por el virus de la inmunodeficiencia humana.

- Vacunar según calendario sistemático.
- Vacunas especialmente recomendadas:
 - Antineumocócica: pauta secuencial VNC13 + VNP23.
 - Antigripal anual.
 - Td: 1 dosis de recuerdo cada 10 años.
 - Hepatitis A : 2 dosis si $CD4 > 350/mm^3$ (0, 6 meses) y 3 dosis si $CD4 < 350/mm^3$ (0, 1, 6 meses).
 - Hepatitis B con vacuna de alta carga/adyuvada (4 dosis: 0, 1, 2 y 6 meses).
 - VPH (hombres y mujeres <26 años): 3 dosis (0, 1-2 y 6 meses).
 - Meningocócica tetravalente conjugada ACWY (v. fig. 2).

Vacunación en grupos de riesgo de todas las edades y en determinadas situaciones

Ponencia de Programa y Registro de Vacunaciones
Julio 2018



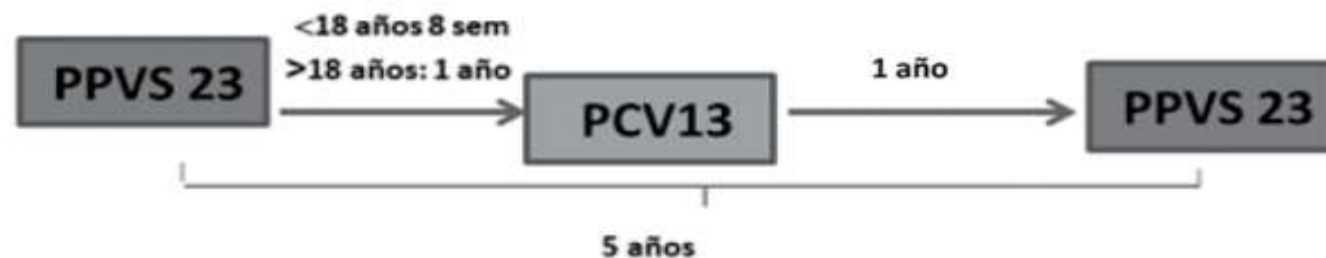
Vacuna	Recomendación	Determinación anticuerpos (pre/post vacunación)	Notas
			Pauta secuencial: VNC13+VNP23 (intervalo mínimo 8 semanas)
Vacuna	Recomendación	Determinación anticuerpos (pre/post vacunación)	Notas
Neumococo	VNC13+VNP23 (meses)	No	Pauta secuencial: VNC13+VNP23 (intervalo mínimo 8 semanas) Dosis de recuerdo de VNP 23, 5 años desde la dosis anterior Si no respondedor administrar tres dosis adicionales con

Esquema secuencial PCV 13-PPVS 23 en pacientes con factores de riesgo inmunocomprometidos

No vacunados previamente



Vacunados previamente





Actualmente, hay un **brote de HEPATITIS A** que afecta fundamentalmente a

Hombres que tienen Sexo con Hombres

Los hombres que tienen sexo con múltiples parejas tienen un mayor riesgo

¡PROTÉGETE FRENTE A LA HEPATITIS A!

1. VACÚNATE

La vacunación se facilitará en los centros sanitarios tras comprobar que no has pasado la infección previamente.

2. Sigue las MEDIDAS PARA EVITAR CONTAGIARTE:

- Lávate las manos después de las relaciones sexuales (lávate también si es posible los glúteos, las ingles y el pene)
- Utiliza protección en tus relaciones sexuales: usa guantes de látex cuando introduzcas los dedos o la mano (fisting) y un cuadrante de látex en el sexo oral.
- Utiliza un preservativo nuevo con cada persona y uno diferente para cada relación sexual anal y oral.
- Cubre con un preservativo nuevo cualquier objeto que utilices en las relaciones sexuales
- Evita compartir juguetes sexuales sin protección

LA MEJOR PREVENCIÓN FRENTE A LA HEPATITIS A ES LA VACUNACIÓN.

SI PIENSAS QUE PUEDES TENER UNA INFECCIÓN POR HEPATITIS A O TIENES CUALQUIER PREGUNTA AL RESPECTO, CONSULTA CON LOS PROFESIONALES DE LA SALUD DE TU CENTRO.

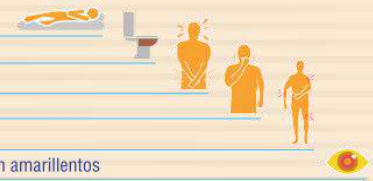
¿QUÉ ES LA HEPATITIS A?

Es una inflamación en el hígado causada por la infección del virus de hepatitis A. Se transmite a través de las manos mal lavadas o por relaciones sexuales con personas infectadas. También puede transmitirse por comida contaminada. Durante las relaciones sexuales se contrae principalmente al chupar o lamer la zina anal, perianal y la zona genital (pene, testículos) así como los preservativos y los juguetes sexuales.



¿CUÁLES SON LOS SÍNTOMAS DE LA HEPATITIS A?

- Síntomas similares a una gripe
- Cansancio extremo
- Orina más oscura y heces blanquecinas
- Diarrea y/o dolor abdominal
- Náuseas
- Prurito/Picor en la piel
- Ictericia, es decir, la piel y la conjuntiva se ponen amarillentos



La hepatitis A en personas adultas puede ser grave.

Si piensas que puedes tener una infección por hepatitis A, o tienes cualquier pregunta al respecto, consulta con los profesionales de la salud de tu centro.

¿CÓMO SE TRATA?

No existe un tratamiento específico para la hepatitis A. El cuerpo elimina la infección pero puede tardar varios meses. Una vez que has pasado la infección eres inmune y no la contraerás de nuevo, pero puedes infectarte por otros tipos de hepatitis.

Hepatitis A outbreak among men who have sex with men (MSM) in England, 2016–2018: The contribution of past and current vaccination policy and practice[☆]

James Plunkett^{a,*}, Sema Mandal^a, Koye Balogun^a, Kazim Beebeejaun^a, Siew Lin Ngui^b, Mary Ramsay^a, Michael Edelstein^a

^aImmunisation and Countermeasures Division, National Infection Service, Public Health England, London, UK
^bBlood Borne Virus Unit, Virus Reference Department, National Infection Service, Public Health England, UK

Vaccine X. 2019 Feb 28; 1:100014.

RAPID RISK ASSESSMENT

Hepatitis A outbreak in the EU/EEA mostly affecting men who have sex with men

Third update, 28 June 2017



Hepatitis A. La hepatitis A no presenta un cuadro de mayor gravedad en pacientes con el VIH, aunque la viremia puede ser más prolongada²⁰⁵. La tasa, magnitud y duración de la respuesta a la vacuna se reduce en pacientes con el VIH, aunque mejora tras el TAR. Menos de la mitad seroconvierten tras la administración de una dosis, aumentando la tasa de respuesta al 70% tras dos dosis. La respuesta es mayor con la vacuna monovalente que con la combinada de hepatitis A más B, especialmente en pacientes con un recuento bajo de CD4 y carga viral detectable. La vacuna es segura y bien tolerada²⁰⁵.

Se recomienda la administración de vacuna monovalente a todas las personas con el VIH, con la pauta según figura a continuación:

- Si $CD4 > 350/mm^3$, la pauta será de 2 dosis (0, 6 meses). Se realizarán marcadores serológicos a los 2-3 meses tras la segunda dosis. Si es negativa se administrará una dosis adicional.
- Si $CD4 < 350/mm^3$, la pauta será de 3 dosis (0, 1 y 6 meses). Se realizarán marcadores serológicos a los 2-3 meses tras la tercera dosis. Si es negativa se administrará una dosis adicional.
- La serología prevacunal puede ser coste-efectiva en personas nacidas con anterioridad a 1977, personas que han residido en países de alta o moderada endemicidad, HSH o PID.
- Se recomienda la administración de dosis de recuerdo cada 10 años a personas que continúen en riesgo de exposición²⁰⁵.

Immune response to hepatitis A vaccine in patients with HIV

Carlos Fritzsche^{a,*}, Lisa Bergmann^a, Micha Loebermann^a, Aenne Glass^b, Emil C. Reisinger^a

^aDivision of Tropical Medicine and Infectious Diseases, Department of Medicine, All University Medical School of Rostock, Germany

^bInstitute for Biostatistics and Informatics in Medicine and Ageing Research, All University Medical School of Rostock, Germany

Results: After vaccination, 80.2% of the patients developed anti-HAV antibodies, 81.5% in the mono-vaccine group and 79.2% in the hepatitis A/B co-vaccine group. In the mono-vaccine group, factors significantly associated with a better response to the vaccine were higher CD4 cell count, higher CD4/CD8 ratio, and shorter time interval from vaccine to serological control. In patients who received the hepatitis A/B co-vaccine, younger age and female sex were significantly associated with better vaccine response. Multivariable logistic regression analysis revealed time interval from vaccine to serological control of more than 5 years vs. less than 1 year to be significantly associated with decrease of seroconversion after HAV vaccine.

Conclusions: The response to hepatitis A vaccine is impaired in HIV positive patients. HIV patients, at least those older than 30, should be tested for seroconversion after receiving the hepatitis A vaccine. As hepatitis A titers may rapidly decline, control serology during follow-up should be proposed, possibly within two years. However, vaccine type does not play a role in vaccine response.

Vaccine 37 (2019) 2278–2283

Tabla 1. Recomendaciones generales de vacunación para pacientes con infección por el virus de la inmunodeficiencia humana.

- Vacunar según calendario sistemático.
- Vacunas especialmente recomendadas:
 - Antineumocócica: pauta secuencial VNC13 + VNP23.
 - Antigripal anual.
 - Td: 1 dosis de recuerdo cada 10 años.
 - Hepatitis A : 2 dosis si $CD4 > 350/mm^3$ (0, 6 meses) y 3 dosis si $CD4 < 350/mm^3$ (0, 1, 6 meses).
 - Hepatitis B con vacuna de alta carga/adyuvada (4 dosis: 0, 1, 2 y 6 meses).
 - VPH (hombres y mujeres <26 años): 3 dosis (0, 1-2 y 6 meses).
 - Meningocócica tetravalente conjugada ACWY (v. fig. 2).



Vacuna	Recomendación	Determinación anticuerpos (pre/post)	Notas
			VNC13+VNP23 (intervalo mínimo 8 semanas)
			de VNP 23, 5 años desde la dosis anterior
			, desde los 6 meses de vida
			in mayor carga antigénica o adyuvantes más
			administrar tres dosis adicionales con
			nanas
			pauta de 2 dosis (0, 6 meses)
			pauta de 3 dosis (0, 1 y 6 meses)
			de edad en hombres y mujeres VIH positivos.
Meningococo	2 dosis (0, 2 meses)	No	Vacuna MenACWY. Se valorará dosis de recuerdo a los 5 años
			(0, 2 meses), valorar recuerdos cada 10
			exposición (especialmente
			exto.
			disponible. Se determinará más
			el momento idóneo de
			negativos frente a sarampión
			dosis durante al menos 6 meses.
			negativas a rubeola vacunación si
			presentan $CD4 > 200$ células/ mm^3 mantenidos durante al menos
			6 meses.
Varicela	Ver notas	Pre y postvacunación ¹	Recomendada en pacientes seronegativos que tengan un
			recuento de $CD4 > 200$ células/ mm^3 . Pauta 2 dosis (0, 3 meses). No
			usar vacuna tetravírica.

Efficacy and safety of human papillomavirus vaccination in HIV-infected patients: a systematic review and meta-analysis

Antonella Zizza^{1,11}, Federico Banchelli^{2,11}, Marcello Guido^{3,4,11✉}, Claudia Marotta^{5,6}, Francesco Di Gennaro⁷, Walter Mazzucco^{5,8,9}, Vanna Pistotti¹⁰ & Roberto D'Amico²

Scientific Reports | (2021) 11:4954 | nature portfolio



Clinical Infectious Diseases



CORRECTED PROOF

Immunogenicity and Safety of the 9-Valent Human Papillomavirus Vaccine in Solid Organ Transplant Recipients and Adults Infected With Human Immunodeficiency Virus (HIV)

Lise Boey ✉, Ans Curinckx, Mathieu Roelants, Inge Derdelinckx, Eric Van Wijngaerden, Paul De Munter, Robin Vos, Dirk Kuypers, Johan Van Cleemput, Corinne Vandermeulen

Clinical Infectious Diseases, ciaa1897, <https://doi.org/10.1093/cid/ciaa1897>

Published: 29 December 2020 | Article history ▼



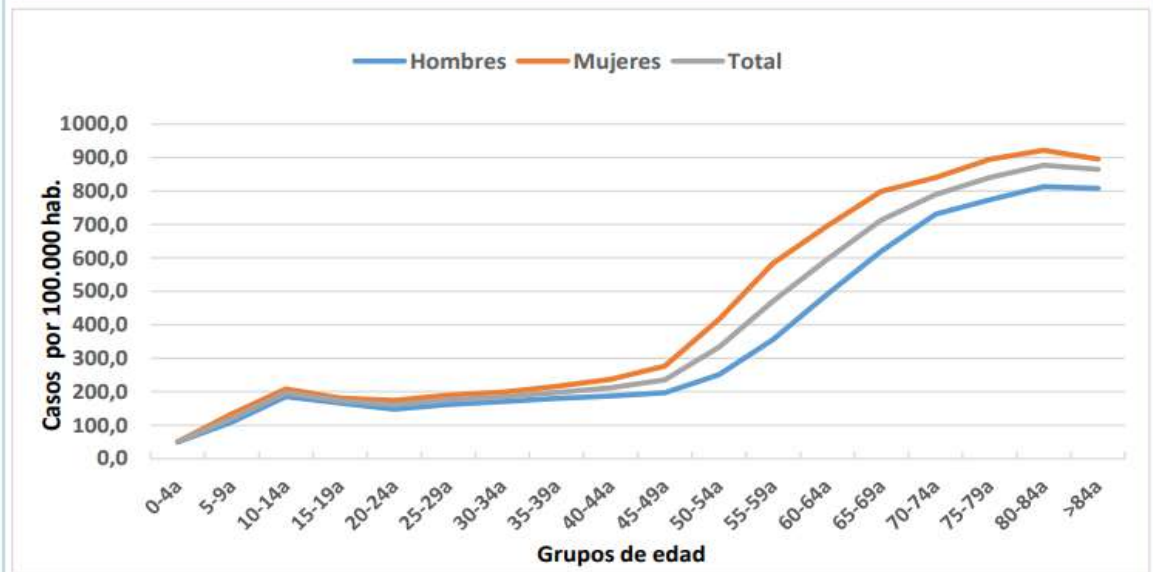
Recomendaciones de vacunación frente a herpes zóster

Ponencia de Programa y Registro de Vacunaciones 2020

25 marzo 2021



Figura 1. Incidencia de herpes zóster por 100.000 habitantes, por grupo de edad y sexo. España, 2014-2018



Fuentes: Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica (RENAVE). Centro Nacional de Epidemiología. ISCIII; INE: población del Padrón municipal a 1 de enero de cada año.

Tabla 8. Incidencia de HZ según grupo de población

POBLACIÓN	INCIDENCIA
Población general inmunocompetente	
Población general	3-5 casos/1.000 personas-año
Población ≥ 65 años	≥7,13 casos/1.000 personas-año
Población con condiciones de riesgo	
Receptores de TPH autólogo	160 casos/1.000 personas-año (2-10 meses tras trasplante) ¹¹³ 210 casos/1.000 personas-año (5 años tras trasplante) ¹⁰⁶
Receptores de TOS	27-55 casos/1.000 personas-año
VIH	29,4 casos/1.000 personas-año ¹¹⁴
Anti-JAK	10 - 110 casos/1.000 personas-año
Hemopatías malignas	31 casos/1.000 personas-año
Tumores sólidos	22-28 casos/1.000 personas-año

La incidencia de HZ es más alta en mujeres que en hombres en todos los grupos de edad y aumenta con la edad, destacando un punto de inflexión en los 50 años. Uno de cada cinco hombres y una de cada cuatro mujeres padecerá HZ entre los 50 y 85 años.



Vaccination:

- RZV (Shingrix) is preferred over attenuated ZVL (Zostavax) for prevention of herpes zoster

RZV:

- Recommended in adults with HIV aged ≥ 50 years, regardless of CD4 count
- RZV 0.5 mL IM injection (2 dose series) at 0 and then at 2 to 6 months **(AIII)**.
- RZV **should not be given** during an acute episode of herpes zoster **(AIII)**.
- Following initiation of ART, some experts would delay RZV vaccination until patients are virologically suppressed on ART **(CIII)** or until CD4 count recovery **(CIII)** to maximize immunologic response to the vaccine.

Attenuated ZVL:

- If RZV is not available or cannot be given because of allergy or intolerance, ZVL can be administered (0.65 mL SQ for 1 dose) **(BIII)**.
- ZVL is **contraindicated** for persons with CD4 count < 200 cells/mm³ **(AIII)**.

Recomendaciones de vacunación frente a herpes zóster

Ponencia de Programa y Registro de Vacunaciones 2020

25 marzo 2021



Consejo Interterritorial
SISTEMA NACIONAL DE SALUD



Incorporar la vacunación con HZ/su en las personas con las siguientes condiciones de riesgo, a partir de los 18 años de edad, en cuanto se disponga de dosis. Teniendo en cuenta la disponibilidad progresiva se priorizarán las personas con:

- a. Trasplante de progenitores hematopoyéticos (TPH).
- b. Trasplante de órgano sólido (TOS).
- c. Tratamiento con fármacos anti-JAK.
- d. VIH.
- e. Hemopatías malignas.
- f. Tumores sólidos en tratamiento con quimioterapia.

VIH. La vacunación se realizará en las personas estables con terapia antirretroviral durante al menos un año. Se administrarán dos dosis con una separación de dos meses.

La vacuna HZ/su no plantea problemas de seguridad y no está contraindicada en estos pacientes⁷. El adyuvante presente en la vacuna HZ/su contiene elementos que aumentan la respuesta de células T-CD4 y la respuesta inmune humoral³². Por lo tanto, la vacuna puede desencadenar una fuerte respuesta inmune celular en individuos cuyo sistema inmune adaptativo está deteriorado, por ejemplo, debido a inmunosenescencia o por otras razones de inmunosupresión. En varios estudios con pacientes que reciben terapia inmunosupresora o pacientes con enfermedad por inmunodeficiencia, se ha demostrado que la vacuna es inmunogénica y bien tolerada⁷.

Vacunación en grupos de riesgo de todas las edades y en determinadas situaciones

Ponencia de Programa y Registro de Vacunaciones
Julio 2018



Vacuna	Recomendación	Determinación anticuerpos (pre/post vacunación)
Neumococo		No
Gripe		No
Hepatitis B		Pre y postvacunación
Hepatitis A		Pre y postvacunación
VPH		No
Meningococo		No
Tétanos		No
HZ/su		No
Triple vírica		Pre y postvacunación
Varicela		Pre y postvacunación ¹



Hoja De Ruta

DESDE DONDE ESTAS,
HASTA DONDE QUIERAS LLEGAR.

RECOMENDACIONES SOBRE VACUNACIÓN FRENTE A COVID-19 EN PERSONAS CON EL VIH EN ESPAÑA

Todas las vacunas disponibles en la actualidad están indicadas en las personas con el VIH. No hay ninguna contraindicación relacionada con el VIH, ni ninguna preocupación sobre su seguridad. Si bien es teóricamente posible que las personas con CD4 bajos puedan tener una menor respuesta inmunitaria, no hay datos disponibles sobre diferencias de eficacia vacunal.

COVID-19 vaccines are safe for people living with HIV



The COVID-19 vaccines under development or approved by regulators are believed to be safe for most people, including people living with HIV. There is therefore no reason why people living with HIV should not take the vaccine when offered it.



COVID-19 vaccines bring the same benefits to people living with HIV as they bring to all individuals and communities—prevention of severe disease due to SARS-CoV-2 and potentially reduced transmission of the SARS-CoV-2 virus



People living with HIV should continue to take effective antiretroviral therapy.



Even after vaccination, people should continue to take preventive measures against the SARS-CoV-2 virus.





NUEVO PACIENTE CON DIAGNÓSTICO DE VIH



Calendario acelerado

El término “calendario acelerado” se utiliza para referirse a las vacunas que se deben administrar a **personas de diferentes edades que no tienen documentadas en su historial de vacunación las vacunas recomendadas con las pautas correctas**. Por ejemplo, en personas procedentes de países con diferentes calendarios de vacunación, personas que presentan una historia de vacunación incompleta, o aquellas que no hayan recibido ninguna dosis de vacuna (o bien no se tiene constancia documental de que una vacuna ha sido administrada).

Las personas inmigrantes tienen un riesgo similar a la población nativa de desarrollar enfermedades infecciosas, aunque pueden ser más vulnerables. En estas personas debe asegurarse el mismo nivel de protección que la población autóctona frente a las enfermedades infecciosas en general y, específicamente, frente a las enfermedades prevenibles por vacunación. No obstante, para las poblaciones desplazadas y los refugiados puede ser necesario establecer estrategias específicas de actuación para asegurar la protección de la población infantil y adulta, prevenir brotes en situaciones de hacinamiento y asegurar la continuación del calendario de vacunación infantil.

También debe asegurarse que el **personal de centros sanitarios¹, centros de acogida, voluntariado y trabajadores sociales** que atienden a estas personas esté correctamente vacunado según las recomendaciones establecidas, para garantizar su protección y evitar la transmisión de enfermedades inmunoprevenibles a poblaciones vulnerables, tanto inmigrante como autóctona.

CALENDARIO ACELERADO DE VACUNACIONES

Ponencia de Programa y Registro de Vacunaciones
Julio 2019



Tabla 4: Calendario acelerado para personas mayores de 18 años

Vacuna	0 (1ª visita)	Meses contados a partir de la primera visita		
		1 mes	6 meses	8 meses
TV ¹	TV	TV		
Td ²	Td	Td		Td ²
VPI ³	VPI	VPI		VPI
HB ⁴	HB	HB	HB	
VVZ ⁵	VVZ	VVZ		

¹TV: Se recomienda la vacunación en personas nacidas en España a partir de 1970 sin historia de vacunación documentada y en personas no nacidas en España y sin documentación de vacunación previa. Se administrarán dos dosis de TV con un intervalo de al menos cuatro semanas entre dosis. En caso de haberse administrado una dosis con anterioridad, se administrará una sola dosis, independientemente del tiempo que haya pasado desde la administración previa.

²Td: La tercera dosis se debe administrar entre 6-12 meses de la segunda dosis. Dosis de recuerdo hasta 5 dosis en total a lo largo de toda la vida. Tras primovacuna (3 dosis), dos dosis de recuerdo separadas 10 años (mínimo 1 año tras primovacuna y entre dosis de recuerdo).

³VPI: Primovacuna con 3 dosis para personas adultas no vacunadas procedentes de países con circulación de virus salvaje (<http://polioeradication.org/polio-today/polio-now/public-health-emergency-status/>) Para países en los que han circulado virus derivados de la vacuna y países con riesgo de reintroducción, 1 dosis .

⁴HB: Se recomienda la realización de marcadores serológicos (AgHBs, anti-HBs y anti-HBc) en personas de grupos de riesgo y en inmigrantes sin historia documentada de HB que procedan de países de alta endemia^{3,4}. En caso de resultado negativo se recomienda vacunación con 3 dosis de HB en las personas con riesgo de infección por VHB.

⁵VVZ: Se realizará serología de varicela (IgG) si no presenta antecedentes de enfermedad ni se ha vacunado con dos dosis. En caso de antecedente de 1 dosis, se administrará la 2ª dosis.

