
PROGRAMA
MUNDIAL SOBRE
EL **SIDA**

y
PROGRAMA AMPLIADO
DE INMUNIZACION

DECLARACION COMUN OMS/UNICEF SOBRE
INMUNIZACION TEMPRANA DE LOS
NIÑOS INFECTADOS POR EL VIH

GINEBRA
ENERO DE 1989



ORGANIZACION
MUNDIAL
DE LA SALUD

EN COLABORACION CON EL
FONDO DE LAS NACIONES
UNIDAS PARA LA INFANCIA



Declaración común OMS/UNICEF sobre inmunización temprana de los niños infectados por el VIH¹

En consulta con el UNICEF, el Programa Mundial sobre el SIDA y el Programa Ampliado de Inmunización, ambos dependientes de la OMS, formularon en octubre de 1987 una declaración conjunta sobre la inmunización y los niños infectados por el VIH.² La finalidad principal de esta declaración era promover el empleo de todos los antígenos del PAI en esos niños, a excepción de la BCG que no debería administrarse a los niños con una presunta infección sintomática por el VIH. La experiencia acumulada desde entonces sigue corroborando esas recomendaciones y pone de relieve la utilidad de la inmunización para proteger a los niños infectados por el VIH, particularmente contra el sarampión y las complicaciones de la tuberculosis.

1. Los niños con una infección comprobada o presunta por el VIH están expuestos a un mayor riesgo de sarampión grave.³ A esos niños hay que vacunarlos contra el sarampión lo antes posible.
2. Las recomendaciones generales formuladas por la OMS para los niños sumamente expuestos a contraer el sarampión consisten en inmunizarlos con la vacuna antisarampionosa ordinaria a los seis meses de edad y administrarles una segunda dosis a los nueve.⁴ A los niños con una infección confirmada o presunta por el VIH se les debe incluir en esta categoría de alto riesgo y administrarles la vacuna antisarampionosa a los seis meses y una segunda dosis a los nueve.
3. Actualmente se están haciendo estudios para determinar la seguridad y la eficacia de las dosis elevadas y/o de otras cepas de vacuna antisarampionosa en los niños de seis meses de edad o incluso más pequeños. Los datos acerca de la eficacia obtenidos en esos estudios son alentadores.^{5,6} Por otra parte, no se han observado efectos adversos significativos en asociación con el uso de la vacuna ordinaria ni de las otras vacunas a dosis más elevadas en los niños menores de nueve meses (ni, por supuesto, en los de más edad). Sin embargo, el número de niños estudiados hasta ahora es demasiado pequeño para que puedan detectarse hechos que se salgan de lo común. En particular, se están alentando los estudios sobre la inocuidad y la eficacia de las vacunas en los niños de los que se sabe o se sospecha que son VIH-positivos.
4. Los padres de los niños infectados por el VIH pueden estar a su vez infectados por ese virus y sufren una mayor incidencia de tuberculosis contagiosa que la población general. Por consiguiente, se recomienda proteger pronto contra la tuberculosis, mediante la inmunización con BCG, a los niños infectados por el VIH que se encuentren asintomáticos.

Declaración formulada en la reunión consultiva sobre virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) y vacunación sistemática en la infancia, Ginebra, 12-13 de agosto de 1987^{2,7}

Se ha señalado con inquietud que los niños infectados por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) a los que se aplican las vacunas usuales contra las enfermedades de la infancia pueden presentar respuestas inmunitarias disminuidas y estar más expuestos a efectos adversos o a una aceleración de la inmunosupresión inducida por el VIH. La limitada experiencia existente hace pensar que en algunos individuos infectados por el VIH puede haber menos probabilidades de lograr una buena inmunización, pero que el riesgo de efectos adversos graves sigue siendo bajo. El riesgo teórico de que la administración simultánea de múltiples antígenos acelere la infección por el VIH no está avalado por la escasa información clínica disponible y es probablemente insignificante en comparación con otras fuentes naturales de estimulación antigénica.

1. *Weekly Epidemiological Record - Relevé épidémiologique hebdomadaire*, 64, 48-49 (1989).

2. *Weekly Epidemiological Record - Relevé épidémiologique hebdomadaire*, 62, 297-299 (1987).

3. Measles in HIV-infected children, United States. *MMWR* 1988; 37: 183-6.

4. *Weekly Epidemiological Record - Relevé épidémiologique hebdomadaire*, 64, 5-10 (1989).

5. Aaby P. et al. Trial of high dose Edmonston-Zagreb measles vaccine in Guinea-Bissau: protective efficacy. *Lancet* 1988; II: 809-811.

6. Whittle H. C., Hanlon O., O'Neil K. et al. Trial of Edmonston-Zagreb measles vaccine in The Gambia: antibody response and side effects. *Lancet* 1988; II: 811-814.

7. OMS, documento inédito. WHO/SPA/INF/87.11

Después de examinar la información disponible en Ginebra los días 12 y 13 de agosto de 1987, la Reunión Consultiva oficiosa de la OMS sobre VIH y vacunación sistemática en la infancia:

1. Aprobó las recomendaciones sobre el uso de antígenos del Programa Ampliado de Inmunización (PAI) formuladas por el Grupo Consultivo Mundial del PAI en 1986:¹

"En los países donde se considera como un problema la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), la vacunación de los individuos se hará con los antígenos del PAI según las pautas usuales. Esta regla se aplica también a las personas con infección asintomática por el VIH. En los países donde las enfermedades que son objeto del PAI entrañan riesgos graves, a los individuos no inmunizados que padecen un SIDA clínico (sintomático) no se les administrará BCG, pero sí otras vacunas (Cuadro)."

Cuadro

Recomendaciones sobre la administración de antígenos del PAI a individuos infectados por el VIH en países donde las enfermedades que son objeto del PAI siguen siendo causas importantes de morbilidad

	Vacuna	Caso asintomático	SIDA clínico
Lactantes	BCG	Sí	No
	DTP	Sí	Sí
	Polio oral	Sí	Sí
	Polio inactivada	Sí	Sí
	Sarampión	Sí	Sí
Mujeres	Anatoxina tetánica	Sí	Sí

2. Tomó nota, de acuerdo con el Grupo Consultivo Mundial, de que las vacunas vivas no suelen administrarse a individuos inmunocomprometidos, pero reconoció que, en las zonas donde es alto el riesgo de exposición al sarampión y al poliovirus, las ventajas de la inmunización compensan con creces el riesgo aparentemente bajo de efectos adversos de esas vacunas, incluso en presencia de infección sintomática por el VIH. La vacuna antipoliomielítica inactivada ofrece una alternativa a la inmunización con vacuna antipoliomielítica oral en los niños con infección sintomática por el VIH que pueden estar más expuestos a una poliomielitis parálisis asociada a la vacuna oral.
3. Observó que, aunque existe un riesgo teórico, por ahora no son concluyentes las pruebas de que sean más frecuentes las reacciones adversas tras la vacunación con BCG en los individuos con infección asintomática por el VIH. Por consiguiente:
 - a) en los individuos con infección asintomática por el VIH:
 - cuando el riesgo de tuberculosis sea elevado, se recomienda administrar BCG inmediatamente o lo antes posible después del nacimiento según las pautas ordinarias de inmunización de niños no infectados por el VIH;
 - en un pequeño número de zonas, cuando el riesgo de tuberculosis sea bajo, pero esté recomendada la vacunación sistemática con BCG, esta vacuna podrá omitirse en los individuos con infección conocida o presunta por el VIH;
 - b) en los individuos con infección sintomática por el VIH debe omitirse la BCG.
4. Reiteró la recomendación del PAI de que se inmunice a los niños lo más tempranamente posible. Es posible reducir al mínimo los efectos adversos asociados a la vacuna y optimizar la respuesta a ésta iniciando la inmunización antes de que esté en marcha la inmunosupresión inducida por el VIH.

1. *Weekly Epidemiological Record - Relevé épidémiologique hebdomadaire*, 62: 8 (1987).

5. Aprobó la administración simultánea de vacunas de antígenos múltiples, como BCG, DTP (difteria-tétanos-tos ferina), antipoliomielítica y antisarampionosa, cuando esté indicada.
6. Recomendó firmemente que se prosiguieran las investigaciones en los siguientes sectores:
 - a) Inocuidad de las vacunaciones en niños infectados por el VIH:
 - i) Vigilancia de los niños infectados por el VIH para poder identificar rápidamente cualquier episodio adverso que sea inesperadamente frecuente tras la vacunación;
 - ii) Establecimiento o adaptación de sistemas de vigilancia basados en la población para detectar episodios adversos graves y poco frecuentes asociados con la vacunación de niños infectados por el VIH;
 - iii) Comparación de las tasas de episodios adversos frecuentes y menos graves que sobrevienen tras la vacunación en niños infectados y no infectados por el VIH.
 - b) Historia natural de las enfermedades prevenibles con vacunas en los niños infectados por el VIH:
 - i) Determinación de las tasas de complicaciones graves de enfermedades prevenibles con vacunas en niños infectados por el VIH, tanto en los establecimientos sanitarios como en la comunidad, y correlación de esas complicaciones con la fase evolutiva de la infección por el VIH y el grado de inmunosupresión;
 - ii) Establecimiento o adaptación de sistemas de vigilancia basados en la población para detectar complicaciones graves de las enfermedades prevenibles con vacunas en niños infectados por el VIH;
 - iii) Evaluación del papel de la inmunoglobulina en la protección de niños infectados por el VIH contra enfermedades prevenibles con vacunas.
 - c) Capacidad inmunógena y eficacia de las vacunaciones en niños infectados por el VIH:
 - i) Determinación de la respuesta serológica a la vacunación en niños infectados y niños no infectados por el VIH, y correlación de la respuesta a la vacuna con la fase evolutiva de la infección por el VIH y el grado de inmunosupresión;
 - ii) Establecimiento de métodos para mejorar las respuestas vacunales en niños infectados por el VIH, si se observa que están deprimidas;
 - iii) Determinación de la persistencia de los anticuerpos formados en respuesta a la vacuna;
 - iv) Seguimiento prospectivo de niños infectados por el VIH y vacunados, y evaluación retrospectiva de casos de enfermedades prevenibles con vacunas para determinar las tasas de fracaso de la vacunación en niños infectados por el VIH.
 - d) Posibilidad de que la estimulación antigénica repetida con vacunaciones, inclusive la administración simultánea de antígenos múltiples, active o acelere la infección por el VIH:
 - i) Detección del aumento de la replicación del VIH tras la vacunación de niños infectados por el VIH;
 - ii) Detección de anomalías inmunológicas tras la vacunación de niños infectados por el VIH;
 - iii) Estudios retrospectivos sobre la relación entre el número total de vacunaciones recibidas y/o el número de antígenos recibidos simultáneamente por niños infectados por el VIH y el comienzo de la infección sintomática por el VIH, la evolución de la enfermedad clínica por el VIH y/o el desenlace fatal de la infección por el VIH. La reunión consultiva oficiosa convino en que no conviene hacer estudios prospectivos de doble anonimato con placebos en los que algunos niños infectados por el VIH queden sin recibir las vacunaciones recomendadas.
 - e) Capacidad inmunógena y eficacia de la vacunación con anatoxina tetánica de las embarazadas infectadas por el VIH en la prevención del tétanos neonatal.