

Organización Mundial de la Salud

Consideraciones sobre la influenza A(H1N1) y la infección por el VIH

Considerando el impacto potencial de la infección por el virus de la influenza A(H1N1), los programas y servicios de VIH/SIDA necesitan estar concientes del riesgo y tener un plan de prevención y tratamiento.

No hay información documentada entre las interacciones clínicas del VIH y el virus A(H1N1), la vía de transmisión, periodo de incubación y manifestaciones clínicas son similares a las de la influenza estacional. Hay información insuficiente sobre las complicaciones y el espectro de la enfermedad pero son semejantes a la influenza estacional. La edad y otros grupos con riesgo aumentado para complicaciones de la actual influenza A(H1N1) están bajo investigación.

La edad y otros grupos con riesgo aumentado para presentar complicaciones de la influenza estacional incluyen personas con enfermedades con inmunodeficiencias, como la infección por VIH. La mortalidad por la influenza estacional es mayor en las personas con VIH comparada con la población general. Estudios previos muestran un aumento en el riesgo de complicaciones pulmonares y cardiacas y un alto riesgo de muerte, en hospitalizaciones de personas con VIH durante las estaciones de la influenza en comparación con el resto del año. Otros estudios muestran que los síntomas de la influenza pueden prolongarse y aumentar el riesgo de complicaciones para las personas con VIH. Así, las personas con VIH deben considerarse de alto riesgo para establecer las estrategias de prevención y terapéuticas contra la influenza, incluyendo la emergencia de la infección por el virus de la influenza A(H1N1).

El virus de la influenza A(H1N1) obtenido de México y los Estados Unidos son sensibles a oseltamivir y zanamivir pero no a amantadina y ramantadina. Los pacientes con alto riesgo para presentar complicaciones relacionadas con la influenza incluyen aquellos con VIH y deben considerarse entre los que prioritariamente reciban tratamiento antiviral con oseltamivir o zanamivir para disminuir la duración y severidad de la enfermedad en la influenza estacional. Para la influenza estacional, el beneficio máximo se obtiene cuando los agentes antivirales se inician dentro de las 48 horas de inicio de los síntomas. No obstante, si se inicia posterior a 48 horas aún se obtiene beneficio en la reducción de la mortalidad y en la duración de la hospitalización. La duración estándar del tratamiento para la influenza estacional es de 5 días, las dosis deben ajustarse por peso corporal (ver Tabla 1). El uso de drogas antiinflamatorias no esteroideas y otros tratamientos sintomáticos reducen las molestias, pero la aspirina no debe utilizarse en los niños y mujeres embarazadas por el riesgo de presentar el síndrome de Reyes. Las interacciones entre los agentes antirretrovirales y el oseltamivir o zanamivir no han sido descritas hasta la fecha.

Hasta el momento no existe una vacuna específica contra la influenza A(H1N1) pero las recomendaciones generales para la inmunización contra la influenza estacional en personas con VIH deben seguirse. Las recomendaciones de vacunación para la influenza estacional en personas con VIH son vacunarse anualmente con la vacuna trivalente inactivada. Independientemente del nivel de linfocitos CD4, incluyendo personas con enfermedad avanzada, en las que puede no presentarse una respuesta adecuada en la producción de anticuerpos a la vacuna de influenza. No debe utilizarse vacunas con virus vivos atenuados. Las contraindicaciones para el uso de vacunas de influenza de virus inactivados en personas con VIH son las mismas que para las personas sin infección por el VIH.

Las personas con VIH deben ser consideradas prioritarias para profilaxis post-exposición con oseltamivir o zanamivir, cuando han tenido contacto estrecho con personas con influenza A(H1N1). La profilaxis debe mantenerse durante 10 días después de la última exposición conocida a la enfermedad o la confirmación del caso.

Aunque no hay información para predecir el impacto de una posible pandemia de influenza humana en la población afectada con VIH, las interacciones entre el VIH/SIDA y el virus de la influenza A(H1N1) podrían ser

importantes. Los programas de VIH/SIDA de los países, especialmente en donde la prevalencia es alta, deben considerar las acciones de salud pública requeridas en caso de una pandemia de influenza.

Tabla 1: Dosis de los medicamentos antivirales para la influenza

Agente, grupo		Tratamiento	Quimioprofilaxis
Oseltamivir			
Adultos		75 mg cápsula dos veces al día por 5 días	75 mg cápsulas una vez al día
Niños (edad, 12 meses o mayores), peso:	15 kg o menos	60 mg por día divididos en 2 dosis	30 mg una vez al día
	15-23 kg	90 mg por día divididos en 2 dosis	30 mg una vez al día
	24-40 kg	120 mg por día divididos en 2 dosis	60 mg una vez al día
	> 40 kg	150 mg por día divididos en 2 dosis	75 mg una vez al día
Zanamivir			
Adultos		Dos inhalaciones de 5 mg (total 10 mg) dos veces al día	Dos inhalaciones de 5 mg (total 10 mg) una vez al día
Niños		Dos inhalaciones de 5 mg (total 10 mg) dos veces al día	Dos inhalaciones de 5 mg (total 10 mg) una vez al día (edad, 5 años o mayor)

Adaptado de 2009 IDSA Guía de tratamiento para la influenza estacional en Adultos y Adolescentes (Clin Inf Dis 2009,48:1003-32).

Obs: Existen pocos datos disponibles sobre el límite de seguridad del uso de oseltamivir (o zanamivir) para niños menores de 1 año de edad, y oseltamivir no está autorizado para su uso en niños menores de 1 año de edad. Las características de la infección con virus A(H1N1) en humanos son aún estudiados, y se ignora si los niños menores de 2 años de edad tienen mayor riesgo de complicaciones asociadas con la infección por A(H1N1) comparados con niños de mayor edad y adultos. Sin embargo, el uso sin registro de estas drogas en niños menores de 1 año de edad recientemente ha sido considerado para una situación pandémica.

Traducción libre. CENSIDA