

Pregunta 1 de 5

¿Recomendaríamos vacunación frente a gripe en este paciente?

No

Sí, con 2 dosis porque es el primer año que se vacuna en España

Sí, con 1 dosis preferiblemente una vacuna inactivada potenciada

Sí, con cualquier vacuna (inactivada o atenuada)

Sí, con cualquier vacuna inactivada.

Pregunta 2 de 5

El paciente nos refiere no haber recibido nunca una vacuna frente a infección neumocócica.

¿Recomendaríamos vacunación frente a neumococo en este paciente?

No

Sí, con vacuna antineumocócica polisacárida 23-valente (VNP23), por haber cumplido 65 años

Sí, con vacuna antineumocócica conjugada 13-valente (VNC13), por haber cumplido 65 años

Sí, con pauta secuencial VNC13+VNP23, separadas 12 meses, por inmunosupresión

Sí, con vacuna antineumocócica conjugada 20-valente (VNC20)

Pregunta 3 de 5

El paciente muestra una certificación de vacunación frente a COVID-19 con 2 dosis de vacuna RNAm y otras dos dosis de una vacuna de fabricación cubana. Además nos refiere que ha padecido 2 episodios de COVID-19, el último en mayo-2023.

¿Recomendaríamos vacunación frente a COVID-19? ¿Cuándo y con qué pauta?

1 dosis de refuerzo (XBB). Ya en octubre 2023

1 dosis de refuerzo (XBB). No antes de noviembre 2023 (6 meses desde infección)

2 dosis de vacuna RNAm Wuhan (recuerdos no puestos) + dosis recuerdo XBB

1 dosis vacuna RNAm Wuhan + 1 dosis RNAm BA.4/BA.5 + 1 dosis XBB

No le pondría ninguna, no es un paciente de riesgo COVID-19

Pregunta 4 de 5

El paciente refiere haber padecido sarampión y varicela en la infancia.

¿Es candidato a recibir vacuna frente al herpes zóster (HZ)? En caso de serlo, ¿estaría financiada?

No, ya pasó varicela de niño y no tiene riesgo de HZ

Sí, con vacuna HZ/su. Financiada por tratamiento de quimioterapia

Sí, con vacuna HZ/su. No financiada en su caso.

Sí, con cualquier vacuna frente a HZ (viva o HZ/su). Financiada por quimioterapia.

Sí, con vacuna HZ/su, pero solo después de serología frente a VVZ.

Pregunta 5 de 5

El paciente es un hombre que tiene sexo con hombres (HSH), con un tumor probablemente asociado a infección por virus de papiloma humano (VPH).

¿Es candidato a recibir vacuna frente a VPH? En caso de serlo, ¿estaría financiada?

No, porque tiene 66 años de edad.

No, porque su patología es debida a VPH y eso hace innecesaria la vacunación.

Sí, pero no está financiada a su edad.

Sí, y financiada por sospecha de tumor relacionado.

Sí, pero siempre hay que administrar 3 dosis de vacuna.

Pregunta 1 de 8

En la vacunación de los pacientes con cáncer que están a tratamiento con quimioterapia se acepta que:

Se pueden administrar vacunas vivas y/o inactivadas en cualquier momento del tratamiento

Se pueden recibir vacunas atenuadas (vivas) desde los 3 meses del fin de la quimioterapia

Se pueden recibir vacunas atenuadas (vivas) desde los 12 meses del fin de la quimioterapia

Los pacientes nunca podrán recibir vacunas vivas, independientemente del tiempo de finalización del tratamiento.

Pregunta 2 de 8

En la vacunación antineumocócica del paciente con cáncer es cierto que:

Debe hacerse preferentemente con vacuna polisacárida 23-valente, ya que reduce el estado de portador nasofaríngeo

No produce inmunidad en pacientes con tumores respiratorios, por lo que su uso en pacientes oncológicos es residual

Debe hacerse preferentemente con vacuna conjugada 20-valente

Los tumores malignos no suponen un factor de riesgo para las infecciones por neumococo, ni tampoco se afecta su gravedad.

Pregunta 3 de 8

Es cierto acerca de la vacunación antigripal de los pacientes con cáncer:

La vacunación de los contactos domiciliarios es muy importante y constituye una medida preventiva de la vacunación del paciente.

Los pacientes con cáncer vacunados de gripe pueden tener mejores resultados de la quimioterapia ya que es menos probable la interrupción del tratamiento por cuadros gripales

No es necesario administrar más de una dosis de vacuna antigripal en la temporada para mejorar la protección conferida por la vacuna

Todas son ciertas

Pregunta 4 de 8

Con respecto a la vacunación frente a la COVID-19, los pacientes con tumores hematológicos en los que está indicada la dosis de recuerdo de vacuna monovalente en otoño de 2023 son:

Exclusivamente los que tienen tratamiento con anti-CD20 (por ejemplo rituximab)

Solo aquellos que han interrumpido la quimioterapia durante un periodo mínimo de 6 meses

Todos los pacientes con esos diagnósticos

Los pacientes que no han padecido ningún ep

Pregunta 5 de 8

La vacuna frente al herpes zóster que se utiliza en este momento en España como prevención del HZ y neuralgia post-herpética es:

Una vacuna viva

Una vacuna inactivada, de subunidades virales

Una vacuna con un sistema adyuvante potente, para mejorar la respuesta inmune

B y c son ciertas

Pregunta 6 de 8

Con respecto al uso de inmunoprofilaxis pasiva (anticuerpos) en la prevención de enfermedades transmisibles en los pacientes con cáncer es cierto que:

No tienen indicaciones claras, ya que es mucho mejor la vacunación frente a las enfermedades

Tiene la ventaja de proteger a los pacientes desde el momento de la administración, sin la latencia en la respuesta inmune tras la vacunación

Los anticuerpos utilizados se pierden en menos de un mes, por degradación, por lo que la inmunidad conferida es de corta duración.

Es mucho más frecuente en pacientes con cáncer que la vacunación (prevención activa)

Pregunta 7 de 8

¿Cuál de estas vacunas está indicada en todos los pacientes con tumores malignos (de órgano sólido o hematológicos)?

Varicela

Hepatitis B

Sarampión

Gripe

Pregunta 8 de 8

La pauta habitual de vacunación frente a herpes zóster en pacientes tumorales es:

Dosis única

Dos dosis, separadas 6 meses (1-12 meses)

Dos dosis, separadas 2 meses (1-6 meses)

En cualquier momento, en función de los tratamientos de quimioterapia que tenga el paciente.

2. Trasplante de órgano sólido

Pregunta 1 de 4

¿Qué vacunas considerarías necesario tener actualizadas en el paciente?

Virus Hepatitis A, Neumocócica, Virus Papiloma Humano, Varicela, Sarampión

Virus Hepatitis B, Virus Hepatitis A, Neumocócica, Tétanos-difteria, Varicela, Sarampión, Herpes zóster, Rotavirus

Virus Hepatitis B, Virus Hepatitis A, Neumocócica, Tétanos-difteria, Varicela, Sarampión, Herpes zóster, Covid-19

Virus Hepatitis A, Neumocócica, Tétanos-difteria, Varicela, Sarampión, Herpes zóster, Covid-19

Pregunta 2 de 4

¿Qué serologías valorarías realizar previa a la vacunación?

IgG VHA, IgG sarampión, IgG varicela

Anti-HBs VHB, IgG VHA, IgG varicela, IgG sarampión

IgG VHA, IgG VHB, IgG sarampión, IgG varicela

Anti-Hbs VHB, IgG VHA

Pregunta 3 de 4

Resultados de la analítica:

• Anti HBs 31,5 UI/ml.

• IgG VHA: negativa

• IgG varicela: positiva

• IgG sarampión: negativa

¿Qué plan de vacunación propondría en este paciente?

Virus Hepatitis B, Virus Hepatitis A, Neumocócica, Tétanos-difteria, Varicela, Sarampión, Herpes zóster, Covid-19

Virus Hepatitis A, Neumocócica, Tétanos-difteria, Sarampión, Herpes zóster, Covid-19

Virus hepatitis B, Neumocócica, Tétanos-difteria, Varicela, Sarampión, Herpes zóster, Covid-19

Virus hepatitis B, Virus Hepatitis A, Neumocócica, Tétanos-difteria, Herpes zóster, Covid-19

Pregunta 4 de 4

El paciente tiene previsto realizar el trasplante hepático en dos meses.

¿Qué vacunas de las que tiene indicadas debería ser prioritaria administrar en primer lugar?

Sarampión: 2 dosis separadas 1 mes

Herpes zóster: 2 dosis separadas 2 meses

Hepatitis A: 2 dosis separadas 6 meses

Vacuna neumocócica conjugada 1 dosis

Pregunta 1 de 8

Respecto a la vacunación en pacientes sometidos a trasplante de órgano sólido, señale la respuesta incorrecta.

Están contraindicadas las vacunas atenuadas en el periodo post trasplante

Si es posible, la vacunación frente a parotiditis se completará al menos 4 semanas antes del trasplante

Lo ideal es iniciar la vacunación tras el trasplante, no antes, una vez se asegura la recuperación del sistema inmune

De manera general la vacunación post trasplante se debe postergar hasta transcurridos al menos 6 meses del procedimiento

Pregunta 2 de 8

¿Cuál de estas vacunas no está específicamente recomendada en un trasplante de riñón?

Vacuna de la Hepatitis B

Vacuna de la Hepatitis A

Vacuna de la gripe

Vacunas neumocócicas

Pregunta 3 de 8

¿Qué preparado vacunal frente a VHB es más recomendable en pacientes trasplantados?

Vacuna de 40 µg de Ag HBs

Vacuna de 20 µg de Ag HBs, adyuvada

Vacuna de 20 Ag HBs

a y b son correctas

Pregunta 4 de 8

Respecto a la vacuna recombinante frente al herpes zóster en pacientes trasplantados ¿cuál es la respuesta incorrecta?

Es una vacuna inactivada

Está indicada para prevenir el herpes zóster y la neuralgia postherpética

Está contraindicada en el post trasplante

Se administran dos dosis separadas por 2 meses

Pregunta 5 de 8

¿Cuál de las siguientes afirmaciones es falsa, respecto al trasplante de órgano sólido?

Los pacientes trasplantados tienen mayor riesgo sufrir enfermedades infecciosas y de mayor gravedad

Se recomienda administrar las vacunas necesarias antes de realizar el trasplante

Si no se ha podido completar la vacunación antes del trasplante es necesario reiniciarla de nuevo después

Tras el trasplante la respuesta a las vacunas puede verse disminuida

Pregunta 6 de 8

¿Después de que vacunación no es necesario valorar la respuesta mediante serología en el paciente con trasplante de órgano sólido?

VHB

Varicela
Neumocócica
Sarampión

Pregunta 7 de 8

¿Señale la respuesta correcta en relación a la vacunación en trasplantados de órgano sólido?

Las vacunas atenuadas pueden administrarse en el pre y pos-trasplante

Las vacunas inactivadas solo pueden administrarse en el pre-trasplante

La vacuna frente a la varicela está contraindicada en los convivientes durante los primeros meses tras el trasplante

El cribado serológico antes del trasplante y el control de la respuesta vacunal son útiles en los pacientes con TOS

Pregunta 8 de 8

En cuanto a la vacuna neumocócica en el trasplante de órgano sólido, señale la respuesta incorrecta:

La vacuna neumocócica está recomendada en todos los pacientes con trasplante de órgano sólido, independientemente del tipo de trasplante

Se recomienda iniciar la vacunación con vacuna neumocócica polisacárida 23v por generar mayor respuesta

La pauta de vacunación es la misma en el pre trasplante que después del trasplante

Se recomienda administrar una segunda dosis de vacuna neumocócica polisacárida 23-valente a los 5 años de la primera dosis de vacuna polisacárida 23-valente recibida

3. Trasplante de progenitores hematopoyéticos

Pregunta 1 de 4

¿Cómo comenzarías la pauta de vacunación del paciente?

Comenzamos vacunación con vacuna neumocócica conjugada y continuamos pauta más adelante

Vacunamos con neumococo y valoramos adelantar a los 4 meses la vacuna frente a la gripe porque estamos en temporada epidémica

Vacunamos con neumococo y gripe. Al administrar la vacuna de la gripe antes del 6º mes se administrarán 2 dosis con un intervalo de 4 semanas entre ambas

Ninguna es correcta

Pregunta 2 de 4

El paciente ha recibido un TPH recientemente.

¿Que serologías considerarías realizar a dicho paciente para el manejo clínico del mismo?

Serología completa de hepatitis B (AgHBs, Anti-HBs y Anti-HBc), varicela y sarampión (estas dos últimas para orientar la vacunación con vacunas atenuadas a los dos años del TPH)

Serología completa de hepatitis B (AgHBs, Anti-HBs y Anti-HBc), cuando fuera a valorar la vacunación frente a varicela y sarampión (al menos dos años después del TPH) realizaría estas últimas

Serología completa de hepatitis B (AgHBs, Anti-HBs y Anti-HBc) y antineumocócica

Serología completa de hepatitis B (AgHBs, Anti-HBs y Anti-HBc) y antigripal

Pregunta 3 de 4

En el manejo del paciente revisas el estado inmune de sus convivientes, ¿cuál de las siguientes opciones es correcta?

Revisaremos el estado inmune de los nietos aunque no conviven con el paciente

Los nietos del paciente están correctamente vacunados frente a varicela y sarampión por lo que no será necesario que les haga serología

Los hijos del paciente no tienen antecedentes vacunales por lo que les haremos serología frente a sarampión y varicela, además de revisar la vacunación frente a gripe y COVID-19

Tendremos que hacer todo lo anterior

Pregunta 4 de 4

Un paciente que ha recibido un TPH deberá recibir vacunas frente a:

Neumococo, gripe, COVID-19, hepatitis B, Hib, DTPa, polio, enfermedad meningocócica, herpes zoster, virus del papiloma humano, varicela y triple vírica

Neumococo, gripe, COVID-19, Hib, DTPa, polio, enfermedad meningocócica, herpes zoster, virus del papiloma humano, varicela y triple vírica

Neumococo, gripe, COVID-19, hepatitis B, Hib, DTPa, polio, enfermedad meningocócica, herpes zoster, varicela y triple vírica (estas dos tras un proceso de valoración individualizado)

Neumococo, gripe, COVID-19, hepatitis B, Hib, DTPa, polio, enfermedad meningocócica, herpes zoster, virus del papiloma humano, varicela, fiebre amarilla y triple vírica

Pregunta 1 de 8

Respecto a la vacunación en trasplantados de progenitores hematopoyéticos es cierto:

Los TPH autólogos y alogénicos tienen pautas de vacunación diferentes

Es preferible iniciar la vacunación de forma temprana tras el trasplante (3 meses)

Se debe guiar por marcadores específicos que nos digan el momento de reconstitución inmune del paciente.

Las coberturas vacunales de estos pacientes suelen ser óptimas

Pregunta 2 de 8

Respecto a los TPH y la edad es cierto:

Los TPH se realizan en personas jóvenes

Aunque los TPH se realizan en personas jóvenes la supervivencia ha aumentado lo que motiva que progresivamente haya aumentado su llegada a edades más avanzadas

La supervivencia de los TPH y un progresivo aumento de la realización de los mismos a edades avanzadas hace que haya más posibilidades de tener pacientes TPH en edades avanzadas

Los TPH no tienen relación con la edad

Pregunta 3 de 8

Determinadas vacunas, por ser vivas atenuadas, tienen contraindicación de administrarse durante el periodo temprano del trasplante (hasta 24 meses). Entre ellas están:

Sarampión (triple vírica)

Varicela

Gripe atenuada

Todas las anteriores son ciertas, pero no es suficiente con el tiempo transcurrido sino que también tienen que cumplir otra serie de características antes de la vacunación

Pregunta 4 de 8

Respecto al deterioro de la respuesta inmune observada en los TPH se debe a:

En muchas ocasiones las enfermedades que motivan el trasplante van a causar inmunodepresión

El propio TPH requiere de un tratamiento que induce una inmunosupresión grave

Los pacientes con TPH pueden presentar una hipoesplenía funcional que aumenta el riesgo de enfermedad con bacterias capsuladas

Todas son correctas

Pregunta 5 de 8

La primera vacuna que puede recibir un paciente con TPH a los 2 meses de haberse realizado la infusión de las células es:

Herpes zóster

Meningococo ACWY

Tétanos-difteria

Ninguna es correcta

Pregunta 6 de 8

La vacunación de los convivientes del paciente debe revisar el estado vacunal y/o de susceptibilidad de las siguientes patologías:

Gripe

COVID, gripe, varicela y triple vírica

Varicela, triple vírica y COVID

Gripe, triple vírica, varicela, enfermedad neumocócica y COVID

Pregunta 7 de 8

Respecto al riesgo de padecimiento de enfermedades inmunoprevenibles en pacientes TPH es cierto:

El factor más importante para el padecimiento de un HZ es haber tenido un TPH

La incidencia acumulada de enfermedad neumocócica en TPH durante el primer año del trasplante puede llegar al 10%

La letalidad de la gripe sin tratamiento puede llegar al 15%

Todas son correctas

Pregunta 8 de 8

Las pautas de vacunación frente al TPH cumplen los siguientes principios:

Son homogéneas para conseguir un mejor seguimiento

Procuran una protección lo más temprana posible

Permiten cierta flexibilidad ante posibles brotes epidémicos

Todas son correctas

4. Enfermedades crónicas: neumopatías, cardiopatías, metabopatías y neuropatías

Pregunta 1 de 5

Los pacientes con enfermedades respiratorias crónicas, tienen especial susceptibilidad a infecciones del tracto respiratorio, las cuales, además de ser más frecuentes van a tener peor evolución y mayor número de complicaciones.

¿Existe alguna contraindicación para la vacunación de estas personas?

No está recomendada la vacunación en pacientes con enfermedades respiratorias crónicas.

La vacunación antineumocócica ha demostrado reducir la incidencia de la neumonía adquirida en la comunidad y las exacerbaciones en personas con EPOC.

La pacientes EPOC sólo se deben vacunar frente a gripe y neumococo.

A y C son incorrectas

Ninguna es correcta

Pregunta 2 de 5

En esta paciente con los antecedentes descritos que vacunas recomendarías?

Vacuna frente a gripe, neumococo y SARS Cov2.

Vacuna frente a gripe, neumococo, SARS Cov2 y Herpes Zóster.

Vacuna frente a gripe, neumococo, SARS Cov2, Herpes Zóster y tos ferina.

Vacuna frente a gripe, neumococo, SARS Cov2, Herpes Zóster, tos ferina, Hepatitis A y Hepatitis B.

No recomendaría ninguna vacuna; está contraindicado.

Pregunta 3 de 5

Por qué se tendría que vacunar contra neumococo a una persona con antecedente de enfermedad

cardiovascular crónica?

Tras una neumonía neumocócica, hasta un 14% de los pacientes sufre insuficiencia cardiaca (de novo o descompensación); el 7,1%, un infarto de miocardio y el 5,8%, un nuevo diagnóstico de arritmia (principalmente fibrilación auricular).

Un adulto con insuficiencia cardiaca tiene casi 13 veces más riesgo de hospitalización por neumonía neumocócica que un adulto sano.

El riesgo de complicaciones cardiovasculares tras una neumonía neumocócica es duradero.

B, C y D son correctas

Ninguna es correcta

Pregunta 4 de 5

Es conocida la relación bidireccional entre enfermedades infecciosas y diabetes. Las personas con diabetes tienen mayor riesgo de presentar enfermedades infecciosas, pudiendo ser estas de mayor severidad; y, por otro lado, las enfermedades infecciosas desestabilizan el control metabólico de las personas con diabetes.

¿Cuál es la respuesta correcta?

La gripe incrementa el riesgo de hospitalización en pacientes con diabetes y puede relacionarse con complicaciones metabólicas: descompensación, cetoacidosis, disminución de la movilidad y de la actividad física.

Durante las epidemias de gripe, las personas con diabetes presentan 6 veces más probabilidades de complicaciones e ingreso hospitalario respecto a la población general. Los agentes implicados habitualmente son *S. pneumoniae* por lo que se recomienda la vacunación.

La diabetes es una de las comorbilidades más frecuentes entre los enfermos de COVID-19. La hiperglucemia y DM son predictores independientes de mortalidad por SARS2.

Ninguna es correcta

A, B y C son correctas

Pregunta 5 de 5

Se revisa el estado vacunal del paciente y se evidencia lo siguiente.

¿Qué recomendaciones se tendría que dar al alta?

No se recomienda la vacuna de la gripe; en su caso mejor que se vacune contra el neumococo.

Se tendría que seguir vacunando contra la gripe cada año, así como continuar con la vacuna del SARS CoV2 según recomendaciones del Ministerio, vacunarse contra el neumococo, actualizar su estado vacunal respecto a tétano difteria, también se tendría que vacunar contra el Herpes Zóster y Hepatitis B si entra en programa de hemodiálisis.

Si se vacuna no se puede administrar varias vacunas a la vez.

En los pacientes que estén en situación de descompensación de su enfermedad no se esperará a que se estabilice, se tiene que vacunar cuanto antes.

Pregunta 1 de 8

Los pacientes con patología crónica pueden tener mayor susceptibilidad a ciertas enfermedades inmunoprevenibles. En ocasiones esas enfermedades pueden tener mayor gravedad que en los individuos sanos. La edad se asocia a una mayor incidencia de presentación de otras condiciones médicas de carácter crónico. Respecto a esto indicar la respuesta correcta.

Es cierto que uno de los factores determinantes de la inversión de la pirámide poblacional es el importante aumento de la supervivencia de pacientes con determinadas enfermedades crónicas (que se asocian a un incremento de la susceptibilidad a las infecciones, muchas de ellas inmunoprevenibles).

El envejecimiento de nuestro sistema inmunitario o inmunosenescencia disminuye de forma progresiva la funcionalidad inmunitaria, provocando un declive en la respuesta a la infección.

Todo esto obliga a una adaptación de los calendarios de inmunizaciones sistemáticas a estos pacientes, que deben incluir, no sólo las vacunas sistemáticas recomendadas por edad, sino también aquellas inmunizaciones indicadas por su patología de base.

A, B y C son correctas.

Pregunta 2 de 8

Indicar la respuesta correcta.

La vacunación no solo consigue prevenir las enfermedades infecciosas, sino también mejorar globalmente la calidad de vida del paciente crónico, al impedir complicaciones derivadas de los procesos infecciosos que pudiesen descompensar o agravar su patología de base.

La respuesta protectora a las vacunas en pacientes mayores y con patología crónica no es peor que en las personas sanas.

Los pacientes con enfermedades respiratorias crónicas, no tienen especial susceptibilidad a infecciones del tracto respiratorio.

La gripe no incrementa el riesgo de eventos cardiovasculares ni de enfermedades cerebrovasculares.

Pregunta 3 de 8

Dentro del amplio espectro clínico que sufren los pacientes con infección por SARS CoV-2; la enfermedad puede presentarse como leves síntomas en la vía aérea superior hasta la aparición de una neumonía o síndrome de distrés respiratorio agudo (SDRA). Indicar la respuesta incorrecta. Los efectos del SARS-CoV-2 son más graves en personas con enfermedades respiratorias crónicas por lo cual es importante llevar a cabo una adecuada y pronta vacunación contra el virus SARS CoV2 en estos pacientes.

En personas con factores de riesgo para presentar COVID-19 grave están los pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), los pacientes con enfermedad pulmonar intersticial difusa (EPID) preexistente, asma alérgica con sensibilización a alérgenos inhalados (ácaros, pólenes, epitelio de animales y hongos), bronquiectasias e infección bronquial crónica.

Se recomienda la vacunación contra SARS CoV2 incluso durante los episodios de exacerbación independientemente de la gravedad de la misma.

No se debe administrar la vacuna SARS-COV-2 a pacientes con antecedentes de reacción anafiláctica a fármacos biológicos.

Pregunta 4 de 8

Respecto a la vacuna frente gripe y neumococo indicar la respuesta correcta.

La vacunación de pacientes EPOC frente a gripe y neumococo no figuran como recomendación en las guías de práctica clínica habitual debido a que estas comorbilidades no se asocian a mayor riesgo de enfermedad neumocócica

Si una persona tiene una cardiopatía crónica y no está vacunado contra la gripe tiene seis veces más riesgo de tener un infarto agudo de miocardio después de una semana de la infección.

En personas diabéticas respecto a no diabéticas las infecciones de las vías respiratorias no son muy frecuentes por lo que no se recomienda la vacuna contra S. pneumoniae.

El virus de la gripe no tiene efecto proinflamatorio ni procoagulante por lo que no se recomienda la vacunación contra la gripe en personas con patología cardiovascular ni neuropatía sólo en personas con enfermedades respiratorias crónicas.

Pregunta 5 de 8

Respecto a la vacunación de los pacientes diabéticos:

Solo se recomienda la vacunación frente a gripe

Se recomienda la vacunación frente a gripe y COVID-19

Se recomienda la vacunación sólo frente a herpes zóster

Las vacunas recomendadas son gripe, COVID-19, hepatitis B, neumococo y herpes zóster

Pregunta 6 de 8

Indicar la respuesta incorrecta:

En personas mayores con EPOC y no vacunadas en la adolescencia, se recomienda la vacunación frente a la tos ferina como estrategia de manejo de la enfermedad y prevención de exacerbaciones. Las infecciones por los virus de la hepatitis B y C son frecuentes en los pacientes en diálisis debido a su mecanismo de transmisión percutáneo y a través de mucosas en un colectivo sometido a frecuentes transfusiones sanguíneas, y a un mayor riesgo de transmisión nosocomial por contaminación cruzada en los centros de diálisis, dada la relativamente alta estabilidad de estos agentes en las superficies contaminadas a temperatura ambiente por lo tanto se recomienda la vacunación contra estos virus en las personas con enfermedad renal crónica y en hemodiálisis. Se recomienda la administración de vacuna de la gripe de forma anual, vía IM en deltoides, durante la campaña de vacunación o en cualquier momento posterior, si no se ha podido practicar la vacunación en las fechas previstas, incluso en los supuestos en los que la formulación de los virus sea igual a la del año anterior, ya que el porcentaje de población protegida tras la vacunación anual disminuye con el tiempo. Se recomienda preferentemente la vacunación antigripal, preferiblemente con las vacunas de inmunogenicidad reforzada en la población mayor con enfermedades crónicas. **En el Calendario Común de Vacunación a lo largo de toda la vida del año 2023 ya no se recomienda la vacuna de neumococo de 23 polisacáridos (VNP23) en los mayores de 65 años de edad.**

Pregunta 7 de 8

Las personas con insuficiencia renal crónica (IRC) son más susceptibles a la morbimortalidad asociada a la gripe; indicar la respuesta incorrecta.

Las personas con IRC no solo sólo son más susceptibles a la gripe y sus complicaciones por causas cardiovasculares sino también por infecciones, debido a la alteración del sistema inmune y a la inflamación.

Hay evidencias de que la vacuna de la gripe en pacientes dializados disminuye la mortalidad.

En una revisión de más de 40.000 personas dializadas la vacuna disminuyó el riesgo relativo de mortalidad por todas las causas hasta un 30% en los vacunados contra el virus de la gripe y al 40% si los pacientes estaban vacunados además frente al neumococo.

Se sabe que no existe una peor respuesta inmune en insuficientes renales crónicos.

Pregunta 8 de 8

Cuándo vacunar a los pacientes crónicos?

Aprovechar cualquier contacto con el sistema sanitario para actualizar las inmunizaciones.

Antes de iniciar la vacunación realizar una anamnesis amplia que nos ayude a decidir qué vacunas se pueden administrar: Preguntar sobre enfermedad febril aguda; alergias a alimentos / medicamentos / componentes vacunas; reacciones a vacunaciones previas; enfermedades crónicas; tratamientos actuales; alteraciones coagulación; vacunaciones / transfusiones / inmunoterapia reciente; convivientes.

Administrar el mayor número de vacunas posibles en la misma visita. Si hay que administrar varios antígenos, utilizar, si es posible vacunas combinadas para reducir el número de pinchazos y registrar las vacunas administradas.

A, B y C son correctas.

5. Inmunodeficiencias primarias

Pregunta 1 de 10

¿Cuál puede ser la sospecha diagnóstica inicial?

Enfermedad celíaca

Déficit de subclases de IgG

Inmunodeficiencia Común Variable

Síndrome de Hiper-IgM

Pregunta 2 de 10

Se solicita analítica completa con hemograma, bioquímica y estudio de poblaciones linfocitarias.
¿Cuál de los siguientes hallazgos es más característico de esta enfermedad?

Linfopenia B relativa sin linfocitos B de memoria

Función hepática y renal alterada

Proteinograma con elevación de fracción gammaglobulinas (pico monoclonal)

Esta enfermedad cursa con hemograma, bioquímica y coagulación normal

Pregunta 3 de 10

¿Cuál de los siguientes antecedentes de la historia clínica nos apoya el diagnóstico de la enfermedad?

Fractura de peroné a los 23 años

Cirugía de hernia inguinal reciente

Ingreso el año pasado por episodio de neumonía con insuficiencia respiratoria sin aislamiento bacteriológico

Episodio reciente de infección de orina tratada con éxito con antibioterapia estándar

Pregunta 4 de 10

Se enviaron heces al servicio de microbiología para su análisis.

¿Cuál es el hallazgo más característico que apoya el diagnóstico?

Presencia de Giardia lamblia

Ascaris lumbricoides

Rotavirus

Escherichia coli

Pregunta 5 de 10

Para confirmar la sospecha diagnóstica el Inmunólogo solicita ampliación del estudio.

¿Cuál de las siguientes pruebas de función inmunitaria nos apoyarían el diagnóstico inicial?

Test oxidativo de neutrófilos alterado

Falta de respuesta a vacunas proteicas y Polisacáridas

Estudio CH50 alterado

Determinación de Anticuerpos anti-neutrófilo

Pregunta 6 de 10

Una vez confirmado el diagnóstico inicial el inmunólogo propone tratamiento que consiste en primera instancia en:

Trasplante de médula ósea

Transfusiones periódicas

Tratamiento con inmunoglobulina intravenosa (IGIV) mensuales

Tratamiento con adalimumab

Pregunta 7 de 10

En el seguimiento de la enfermedad, a que debemos prestar especial atención por ser de presentación habitual:

Linfoma gástrico

Cáncer de tiroides

Enfermedad inflamatoria intestinal
Episodios de colestasis hepática

Pregunta 8 de 10

Desde el servicio de Inmunología se deriva a la paciente a la unidad básica de prevención donde se dan recomendaciones básicas para poder seguir desarrollando su trabajo a nivel hospitalario.

¿Cuál sería la recomendación de ubicación más adecuada para la paciente?

Zona quirúrgica

Zona de urgencias

Planta de infecciosas

Planta de neumología

Pregunta 9 de 10

Desde el servicio de medicina preventiva y en contacto con el inmunólogo se recomienda actualización de calendario vacunal a la paciente para prevenir infecciones debido a su enfermedad.

¿Cuáles de las siguientes vacunas no estarían recomendadas en esta paciente?

Todas las vacunas de virus vivos atenuada

Vacunas frente a bacterias encapsuladas

Vacuna de polio oral

Vacuna de la gripe inactivada

Pregunta 10 de 10

En cuanto al mejor momento para administrar las vacunas indicadas a la paciente, cuál sería nuestra recomendación

Durante la administración de la terapia IGIV

Concomitante con el tratamiento de corticoides

Espaciado de al menos 28 días del tratamiento sustitutivo IGIV

Es indiferente dado que la terapia no afecta a la respuesta a la vacunación

Pregunta 1 de 8

¿Cuál es la IDP más común con una prevalencia de 1 cada 500 personas?

Enfermedad Granulomatosa Crónica

Déficit de IgA

Déficit de IgG4

Inmunodeficiencia Común Variable

Pregunta 2 de 8

¿Cuál de los siguientes grupos de IDP son más graves y por tanto requieren una mayor vigilancia y detección temprana?

Trastornos de células T

Trastornos de células B

Déficit de células fagocíticas

Déficit de proteínas del complemento

Pregunta 3 de 8

Señala la relación correcta:

Síndrome Hiper IgE - Inmunodeficiencia células B

Inmunodeficiencia común variable - Inmunodeficiencia células B

Síndrome DiGeorge - Inmunodeficiencia células T

Enfermedad Granulomatosa Crónica - Trastorno Regulación inmunitaria

Pregunta 4 de 8

¿Cuál de los siguientes no es un signo de alarma de IDP en niños?

Problemas de crecimiento y/o ganancia de peso

Aftas persistentes en boca

>2 infecciones graves en senos paranasales en el plazo de 1 año

Ausencia de seroconversión tras vacunación hepatitis B

Pregunta 5 de 8

Ante un trastorno de células B, ¿qué vacunas no están recomendadas?

Vacuna conjugada frente al neumococo

Vacuna inactivada de la gripe

Vacuna Polio Oral

Cualquier vacuna viva atenuada

Pregunta 6 de 8

En cuanto a las vacunas inactivadas en los pacientes con inmunodeficiencia primaria:

Tienen los mismos riesgos que para las personas inmunocompetentes

Tienen menos riesgos que para las personas inmunocompetentes

Tienen más riesgos que para las personas inmunocompetentes

Las personas con inmunodeficiencia primaria son inmunocompetentes

Pregunta 7 de 8

Los trastornos por defectos del complemento muestran elevada susceptibilidad al siguiente grupo de patógenos:

Bacterias encapsuladas

Bacterias Gram positivas

Hongos filamentosos

Retrovirus

Pregunta 8 de 8

Señalar la respuesta correcta con relación a la vacunación en personas con defectos del complemento:

La vacuna frente a virus del papiloma humano está especialmente indicada en la mujer adulta con defectos del complemento.

La pauta de vacunación frente a meningococo B será de dos dosis separadas de 30 días. Se administrará 1 dosis de recuerdo a los 12 meses de la 2ª dosis y, posteriormente, 1 dosis cada 5 años.

La pauta de vacunación frente a meningococo ACWY será de dos dosis separadas de 2 meses.

Posteriormente, se administrará 1 dosis de recuerdo cada 5 años.

Todas las anteriores son falsas

6. Enfermedades mediadas por el sistema inmune

Pregunta 1 de 5

Señale cuál ha sido el motivo principal de derivación de esta paciente a la Unidad de Vacunas:

La paciente presenta una enfermedad autoinmune y puede ser candidata a inmunodepresión severa en el futuro

Teniendo en cuenta el tratamiento actual la derivación a la Unidad de Vacunas ha sido precipitada

La prednisona 5 mg/día durante más de 15 días tiene efecto inmunosupresor

Se trata de una mujer en edad fértil que debe tener actualizado el calendario de vacunación

Pregunta 2 de 5

Una vez valorada a la paciente en la Unidad de Vacunas se observa que ha recibido correctamente sus vacunas en la edad pediátrica, sin embargo, en su momento rechazó la vacunación frente al

virus del papiloma humano.

¿Estaría indicada la vacunación en este caso? Si es así, ¿cuál sería pauta?

No precisa vacunación ya que es mayor de 20 años

Podría recibir la vacuna, aunque no de manera financiada

La vacuna estaría indicada, siendo la pauta de vacunación 0-1-6 meses

Ninguna de las anteriores es correcta

Pregunta 3 de 5

La paciente comenta que hace 5 meses, aproximadamente, cursó infección por la COVID-19,

¿Cuáles serían las recomendaciones a seguir en este momento (noviembre 2023)?

No precisa vacunación, debe esperar 6 meses como mínimo

No precisa vacunación, tiene inmunidad híbrida (vacunas en el pasado + infección natural)

Se recomienda que reciba una dosis de recuerdo con las vacunas ARNm actualizadas

Cualquiera de las opciones anteriores es correcto

Pregunta 4 de 5

En la anamnesis aparece también antecedente de infección herpes zóster (2 episodios, último hace 1 mes). Comenta que actualmente se encuentra con aciclovir, que las lesiones cutáneas se han resuelto y que presenta neuralgia postherpética que está tratando con neuropépticos.

¿Qué hacemos con la vacunación?

Se administrará en cualquier momento. Vacuna herpes zóster de subunidades, pauta 0-2 meses

No precisa recibir la vacuna frente a herpes zóster dado que ha cursado la infección hace menos de 3 meses.

Debemos esperar a la resolución de la neuralgia postherpética para administrar las vacunas. En este caso la pauta de vacunación sería 0-2 meses

Debemos vacunarla solamente con 1 dosis dado que solo precisa dosis booster por haber cursado la infección de manera natural

Pregunta 5 de 5

Comenta la paciente que pretende quedarse embarazada en los próximos meses. En este sentido, con relación al metotrexato y las vacunas:

Deberá mantener el metotrexato hasta el último mes de la gestación. En ese momento se administrará la vacuna dTpa

Su reumatólogo valorará con la paciente esta decisión dado que el metotrexato es incompatible con el embarazo. En caso de que decida continuar, deberemos administrar todas las vacunas antes de la gestación

Se valorará beneficio-riesgo de la retirada del metotrexato. En caso de que decida continuar con la planificación del embarazo deberá retirarse el metotrexato y plantear otra alternativa terapéutica compatible con la gestación. Desde el punto de vista de la vacunación, iniciaremos pautas vacunales evitando vacunas vivas-atenuadas

Ninguna de la anteriores es correcta

Pregunta 1 de 8

Señale cuál de las siguientes constituye una función principal del sistema inmunitario:

Reconocer elementos ajenos (antígenos extraños)

Generar memoria inmunitaria

Evitar la lesión de los tejidos propios (autotolerancia)

Todas las anteriores son correctas

Pregunta 2 de 8

Señale la correcta con relación a la epidemiología de las enfermedades autoinmunes:

Se engloban dentro del grupo de enfermedades raras

Son muy homogéneas entre sí

Los estudios epidemiológicos muestran cifras muy variables

Todas las anteriores son correctas

Pregunta 3 de 8

Con respecto a las terapias utilizadas como tratamiento de las enfermedades autoinmunes señale la falsa:

Milstein y Köhler recibieron un premio Nobel en 1984 por se los descubridores de los anticuerpos monoclonales

En 1986 se aprobó el primer anticuerpo monoclonal (muronomab) por parte de la Food and Drug Administration

El baricitinib pertenece a la familia de los anti-TNF y precisa la realización de cribado de infección tuberculosa latente

El rituximab pertenece a la familia de los anti-CD20

Pregunta 4 de 8

Indique cuáles son (por orden de frecuencia) las complicaciones infecciosas más frecuentes asociadas a las terapias biológicas:

Infección abdominal, infección del tracto urinario, infección vías respiratorias

Infección vías respiratorias, infección del tracto urinario, infección por virus varicela-zóster

Infección por virus varicela-zóster, infección vías respiratorias, infección del tracto urinario

Infección articular, infección virus varicela-zóster, infección del tracto urinario

Pregunta 5 de 8

En cuanto al papel que desempeñan las Unidades de Vacunación/Inmunización destacan:

La valoración individualizada de los pacientes de riesgo

La programación de las vacunas atendiendo a períodos ventana en términos de tratamiento inmunosupresor/inmunomodulador

La priorización de la vacunación según el perfil de riesgo del fármaco

Todas las anteriores son correctas

Pregunta 6 de 8

La respuesta inmunitaria a las vacunas en los pacientes con enfermedades autoinmunes es, por definición:

Menor que la respuesta inmunitaria de la población sana

Igual que la respuesta inmunitaria de la población sana

Mayor que la respuesta inmunitaria de la población sana

Muy similar a la respuesta inmunitaria de la población sana

Pregunta 7 de 8

Indique cuál de las siguientes vacunas no está indicada en los pacientes con enfermedades autoinmunes:

Gripe estacional

Neumococo

Rabia

Herpes zóster

Pregunta 8 de 8

En cuanto a las pautas de vacunación, señale la incorrecta:

Vacuna varicela (2 dosis, pauta 0-28 días)
Vacuna herpes zóster (2 dosis, pauta 0-2 meses)
Vacuna gripe estacional (2 dosis, pauta 0-1 mes)
Vacuna hepatitis A (3 dosis, pauta 0-1-6 meses)

7. Asplenia

Pregunta 1 de 8

¿Cuál puede ser la sospecha diagnóstica inicial?

Cáncer de colon, es frecuente que los pacientes con enfermedades hematológicas desarrollen cánceres de órgano sólido

Fecaloma en ángulo colónico izquierdo, se requiere realizar radiografía de abdomen para conocer el volumen y hacer evacuación fecal

Esplenomegalia (hiperesplenismo), el 40% de los pacientes con Enfermedad de Hodgkin presentan afectación esplénica

Ninguna de las anteriores

Pregunta 2 de 8

Paciente llega al Servicio de Urgencias y en primera instancia es atendido por el médico interno residente de dermatología, que está de guardia.

Atendiendo a la sospecha del facultativo de Atención Primaria que hizo constar en el informe de derivación, ¿Qué pruebas complementarias debería solicitarle?

Hemograma, bioquímica, coagulación, ecografía abdominal

Hemograma, bioquímica y coagulación, con eso es suficiente

Hemograma, bioquímica, coagulación y frotis sanguíneo

Hemograma, bioquímica, coagulación, radiografía de tórax

Pregunta 3 de 8

El paciente continúa con dolor (hasta el momento no se le ha pautado analgesia) y el radiólogo informa la ecografía de la siguiente manera: esplenomegalia gigante con presencia de micronódulos, compatibles con microcalcificaciones intraesplénicas, adquiriendo patrón en cielo estrellado.

¿Qué cree que hizo el médico interno residente ante este resultado?

Contactar con el Servicio de Digestivo

Darle de alta al paciente y derivarle a su hematólogo de referencia, el resto de pruebas complementarias estaban dentro de la normalidad

Administrar analgesia y contactar con el Servicio de Hematología

Administrar analgesia y contactar con el Servicio de Medicina Interna

Pregunta 4 de 8

El médico interno residente decide administrar analgesia y contactar con el Servicio de Hematología. A la llegada del hematólogo el paciente se encuentra estable y sin dolor (se había administrado solamente un paracetamol)

¿Cuál cree que fue la actitud del hematólogo?

Le dio de alta al paciente con analgesia pautada y le citó a los 2 días en la Consulta Externa de Hematología para conocer evolución

Ingresó al paciente a cargo del Servicio de Hematología para repetir la ecografía a las 24 horas

Contactó el Servicio de Cirugía General para extirpación quirúrgica del bazo de manera urgente

Cualquiera de las respuestas anteriores podría ser válida

Pregunta 5 de 8

El paciente acude a la Consulta Externa de Hematología a las 48 horas y refiere que a pesar del tratamiento analgésico (había tomado el paracetamol pautado y, además, se automedicó con

metamizol e ibuprofeno) el dolor no cede. El hematólogo decide repetir la analítica general y observa descenso de eritrocitos.

¿Cuál cree que fue la actitud del hematólogo ahora?

Ajustar la analgesia, añadir tramadol y citar de nuevo al paciente en 48 horas en la Consulta Externa de Hematología

Ingresar al paciente y pedir interconsulta al Servicio de Cirugía General

Derivar al paciente al Servicio de Urgencias para repetir la ecografía abdominal y ver si el bazo aumentó de tamaño con respecto al día previo

Pautar dieta blanda

Pregunta 6 de 8

El Servicio de Cirugía General valora al paciente y decide programar esplenectomía urgente en el contexto de la esplenomegalia, la anemia y el dolor abdominal.

¿Cuál es la principal complicación que puede surgir en este paciente tras la realización de la cirugía?

Coagulación intravascular diseminada

Rotura de bazo

Síndrome infeccioso postesplenectomía

Trombopenia autoinmune

Pregunta 7 de 8

En las primeras 48 horas de la esplenectomía el paciente presenta fiebre de 38°C, dolor abdominal y astenia. En la analítica se observa importante leucocitosis, la hemoglobina se encuentra en rango de normalidad.

¿Cuál sería la principal sospecha diagnóstica en este caso?

Sepsis por Streptococcus pneumoniae

Peritonitis aguda

Rotura de la arteria esplénica

Sepsis por H. influenzae tipo b

Pregunta 8 de 8

De manera inmediata el hematólogo pauta antibioterapia intravenosa y el paciente presenta gran mejoría clínica en las siguientes 48 horas. No fallece. Se solicita interconsulta al Servicio de Medicina Preventiva para la programación de las vacunas correspondientes.

¿Cuáles son esas vacunas y cuándo se iniciaría la vacunación?

Vacuna neumococo conjugada 13v seguida de vacuna H. influenzae tipo b con un intervalo de 24 horas entre ambas. La vacunación se iniciará a los 7 días de la esplenectomía.

Vacuna de gripe y COVID-19. La vacunación se iniciará a los 15 días de la esplenectomía.

Vacunas antineumocócicas, H. influenzae tipo b, meningococo B, meningococo ACWY y gripe (en campaña). La vacunación se iniciará a los 15 días de la esplenectomía.

Cualquiera de las pautas previas es correcta.

Pregunta 1 de 8

Desde el punto de vista anatómico señala cuál es el órgano o estructura que no contacta directamente con el bazo:

Colon izquierdo

Estómago

Riñón derecho

Cúpula diafragmática

Pregunta 2 de 8

Histológicamente, la vaina linfática periarterial que reacciona cuando los microorganismos acceden

a al bazo a través de la sangre se ubica en:

La pulpa roja

La pulpa blanca

En ambas pulpas

En ninguna pulpa

Pregunta 3 de 8

La principal función del bazo en el contexto del sistema inmune es:

Seleccionar los macrófagos para que realicen correctamente la fagocitosis

Reparar los eritrocitos viejos o dañados

Estimular la maduración y activación de los linfocitos

El bazo no tiene ningún tipo de función en el sistema inmune

Pregunta 4 de 8

Una de las siguientes patologías no tiene ningún tipo efecto sobre el bazo. Señálela:

Vasculitis leucocitoclástica

Enfermedad de Hodgkin

Mononucleosis infecciosa

Púrpura trombótica trombocitopénica

Pregunta 5 de 8

Señale la respuesta incorrecta relacionada con la asplenia congénita:

Es una patología muy frecuente, aunque infradiagnosticada

Se asocia a patología cardíaca en el recién nacido

Produce una inmunodeficiencia primaria

Se manifiesta con infecciones recurrentes y graves

Pregunta 6 de 8

Indique cuál de las siguientes situaciones es crítica y requiere la extirpación del bazo:

Cuando el bazo destruye los eritrocitos tan rápido que produce anemia

Cuando el bazo destruye los depósitos de glóbulos blancos

Cuando el bazo destruye los depósitos de plaquetas

Todas las anteriores son situaciones críticas que requieren la extirpación del bazo

Pregunta 7 de 8

El Síndrome Infeccioso Postesplenectomía, conocido con el nombre de Overwhelming postesplenectomy infection (OPSI):

La sepsis puede producirse por cualquier microorganismo, ya sean bacterias, virus, hongos o protozoos

Es frecuente en personas esplenectomizadas

Los principales factores de riesgo son la edad y el sexo (más frecuente en mujeres)

Es más frecuente en esplenectomías traumáticas que en esplenectomías secundarias a enfermedad hematológica

Pregunta 8 de 8

Las vacunas indicadas en los pacientes esplenectomizados son:

Gripe y neumococo

Gripe, hepatitis B, neumococo y H. influenzae tipo b

Gripe, neumococo, H. influenzae tipo b y meningococo

Gripe, neumococo, H. influenzae tipo b, meningococo y virus del papiloma humano

8. VIH

Pregunta 1 de 8

En cuanto a la epidemiología reciente del VIH en España, no es cierto que:

En España el mayor número de diagnósticos corresponde a varones.

La vía de transmisión sexual sigue siendo la más frecuente con una proporción similar entre heterosexual y homosexual.

La proporción de casos de SIDA está en descenso en los últimos años fundamentalmente por la terapia antirretroviral.

Cada vez hay un número mayor de nuevos diagnósticos de personas procedentes de otros países.

Pregunta 2 de 8

En cuanto al uso de vacunas en los pacientes VIH:

Puede administrarse cualquier vacuna, sin ningún tipo de consideración especial.

Solo podremos vacunar cuando la carga viral sea indetectable y el nivel de CD4 superior a 200/mm³

Es importante que sus convivientes están protegidos frente al sarampión y la varicela.

La vacuna de fiebre amarilla está contraindicada.

Pregunta 3 de 8

Los pacientes VIH deben estar protegidos frente al virus de la hepatitis B, porque:

Ambos virus comparten mecanismos de transmisión.

Si se contraen las dos infecciones, se aumenta el riesgo de hepatocarcinoma.

Para reducir la mortalidad.

Todas las anteriores son ciertas.

Pregunta 4 de 8

En relación con la vacunación frente al herpes zóster, cuál de las siguientes afirmaciones es cierta:

La vacuna de subunidades no está autorizada para pacientes VIH.

La vacuna de virus vivos atenuados está reforzada con un potente adyuvante.

La pauta correcta en estos pacientes consta de 3 dosis.

Ninguna de las anteriores es cierta.

Pregunta 5 de 8

La Ponencia de Programa y Registro de Vacunaciones de la Comisión de Salud Pública del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud desde 2018 recomienda vacunar a los pacientes VIH, con

Gripe, VHA, VHB y Meningococo B.

Neumococo, gripe, VHB, VHA, VPH, Meningococo ACWY, Tétanos, HZ, Triple vírica y varicela.

Gripe, rabia, Neumococo y Meningococo ACWY.

Gripe, VHA, VHB, Neumococo, Meningococo ACWY y B.

Pregunta 6 de 8

La vacuna frente al virus del papiloma humano, está especialmente indicada en los pacientes VIH: Independientemente de su edad.

Independientemente de su edad en las mujeres, pero en los varones solo a los menores de 26 años.

Siempre debe ser una pauta de tres dosis.

Se vacuna con dos dosis hasta los 15 años y con una pauta de tres dosis por encima de esa edad.

Pregunta 7 de 8

En cuanto a la infección por SARS Cov-2 en los pacientes VIH, es cierto todo excepto:

Presentan una mayor proporción de hospitalizaciones.

Las vacunas de COVID-19 están contraindicadas en los casos con carga viral elevada, por el riesgo a desarrollar una enfermedad grave.

Estos pacientes estaban incluidos dentro del grupo 7 de la estrategia de vacunación COVID-19 del Ministerio.

La respuesta inmune a la vacuna es inferior.

Pregunta 8 de 8

Si al realizar una serología en un paciente VIH, detectamos IgG de sarampión negativa, la actitud correcta será:

Los pacientes VIH tienen contraindicada la vacuna del sarampión al ser una vacuna viva atenuada. Vacunar con dos dosis de triple vírica por un intervalo de 4 semanas.

Vacunar con dos dosis de triple vírica por un intervalo de 4 semanas, siempre que mantengan CD4 >200 células/mm³ durante al menos 6 meses.

Solo podemos vacunar con triple vírica a todos sus convivientes, para poderlo proteger.

9. Convivientes y cuidadores

Pregunta 1 de 2

¿Qué indicaciones deberíamos darle?

Al tratarse de una vacuna viva, la mujer deberá evitar los 3 primeros días tras la administración de la vacuna el contacto con el bebé por riesgo de transmisión del virus vacunal.

Recomendaremos manejar cuidadosamente las heces del bebé, teniendo especial cuidado cuando se manipulen sus pañales, sobre todo los primeros 7 días tras recibir la primera dosis.

Deberíamos desaconsejar la vacunación del lactante hasta conocer el estado inmunológico de la madre mediante la realización de una serología.

Ninguna de las anteriores es cierta.

Pregunta 2 de 2

Tras realizar las recomendaciones oportunas a la madre, y teniendo en cuenta que acuden a nuestra consulta en el mes de diciembre, ¿realizarías alguna intervención más?

Revisaría el calendario vacunal de la madre y si no hubiera recibido la vacuna de la gripe, se la administraría en la consulta.

Revisaría el calendario vacunal de la madre, y si no hubiera recibido la vacuna de la gripe se la administraría, tanto a ella como a su marido.

Revisaría el calendario vacunal de la madre, y llevaría a cabo la estrategia del cocooning.

B y C son correctas

Pregunta 1 de 8

Señala cuál de las siguientes afirmaciones es cierta:

En nuestra consulta no es necesario conocer el entorno del paciente inmunodeprimido, ya en estos casos es prioritario y suficiente con vacunar al paciente de riesgo.

La vacunación del conviviente es una herramienta de protección directa para el inmunodeprimido. Los pacientes de riesgo constituyen una población con características muy homogéneas y un alto grado de inmunodepresión.

Ninguna de las anteriores es cierta.

Pregunta 2 de 8

Señala cuál de las siguientes afirmaciones es falsa:

Las inmunodeficiencias primarias más frecuentes son las deficiencias de complemento, habitualmente hereditarias, congénitas y de origen genético.

En las personas con asplenia es muy importante la protección frente a bacterias capsuladas, ya que la ausencia total o parcial del bazo, así como su deterioro los hace más susceptibles de padecer infecciones graves, siendo más frecuentes las causadas por el *Streptococo Pneumoniae*.

En los pacientes con trasplante de órgano sólido el nivel de inmunosupresión depende del tipo de trasplante que hayan recibido, siendo los trasplantados renales los que mayor riesgo de inmunodepresión tienen.

A y C son falsas.

Pregunta 3 de 8

¿En cuál de las siguientes situaciones se está llevando a cabo la estrategia del "cocooning"?

Campaña de vacunación frente a COVID-19 en un centro de salud de Atención Primaria.

Establecer un punto de vacunación en el hospital para que cualquier persona que acuda al centro pueda recibir la vacuna de la gripe durante la próxima campaña.

Actualizar el calendario de vacunación del marido de una paciente diagnosticada de esclerosis múltiple que está recibiendo un fármaco biológico.

Vacunación de una paciente ingresada en la Unidad de Digestivo diagnosticada de Crohn a tratamiento con un fármaco inmunosupresor.

Pregunta 4 de 8

Señala la afirmación correcta en cuanto a las diferentes estrategias de vacunación:

La vacunación infantil forma parte de la estrategia de mitigación de impacto y control de epidemias, siendo la mejor herramienta para modificar el curso de las mismas.

Para ampliar el círculo de protección del paciente inmunodeprimido podemos llevar a cabo la estrategia de "nido seguro".

A y B son ciertas.

En la estrategia del "nido seguro" se selecciona a los grupos de población más vulnerables a la infección y se indica en ellos la vacunación

Pregunta 5 de 8

Señala la importancia de la vacunación del entorno del paciente inmunodeprimido:

Es importante ya que los convivientes pueden suponer una potencial fuente de transmisión de virus y/o bacterias, y en la vacunación del inmunodeprimido podemos encontrar limitaciones como menor respuesta inmunitaria, o contraindicaciones vacunales en determinadas situaciones.

Es tan relevante porque los pacientes inmunodeprimidos no pueden recibir vacunas atenuadas e inactivadas mientras estén con tratamientos biológicos, y así los protegeremos de manera indirecta.

A y B son ciertas.

Cuando hablamos de convivientes y cuidadores de pacientes inmunodeprimidos nos referimos a aquellas personas que conviven en el mismo núcleo familiar, excluyendo al personal sanitario que los asiste.

Pregunta 6 de 8

Acude a nuestra consulta la cuidadora de un paciente con diagnóstico de trasplante de progenitores hematopoyéticos que está recibiendo ciclos de quimioterapia. Nos comenta que desconoce si ha pasado la varicela o el sarampión cuando era pequeña. Ambos disponen de una serología donde se observa que ninguno de ellos tiene inmunidad frente a varicela. ¿Cuál sería nuestra actuación?

Administrarle al paciente la vacuna de la varicela (pauta de 2 dosis separadas de 1 mes, con serología posterior para comprobar inmunidad).

El paciente actualmente tendría contraindicada la vacuna de la varicela pero deberíamos vacunar a la cuidadora con una pauta de 2 dosis separadas de 1 mes.

No estaría indicado administrar ninguna vacuna al paciente ni a su cuidadora, simplemente dejaríamos constancia en la historia de la necesidad de que el paciente reciba la vacuna frente a la varicela en cuanto cese el tratamiento quimioterápico.

Estaría contraindicado administrar una vacuna atenuada tanto al paciente como a la cuidadora por el potencial riesgo de transmisión del virus vacunal al paciente inmunodeprimido.

Pregunta 7 de 8

Amelia, que acaba de ser diagnosticada de cáncer de mama y que está recibiendo quimioterapia activa, nos comenta en consulta que su hija va a viajar a África próximamente y que recibirá varias vacunas, entre ellas la vacuna oral frente a la fiebre tifoidea. Nos pregunta si tiene que tener alguna precaución especial por este hecho.

Amelia no tiene que tener ningún tipo de precaución especial ya que la persona que recibirá la vacuna oral frente a la fiebre tifoidea es su hija, que es sana y sin condiciones de riesgo.

Debido a la mínima posibilidad de transmisión del virus vacunal, recomendaremos que en las próximas 24 horas tras recibir la vacuna evite el contacto con su hija.

Debemos indicarle a Amelia que deberá evitar el contacto con su hija durante los 3 días siguientes a la vacunación.

Ninguna de las anteriores es cierta.

Pregunta 8 de 8

Tenemos citado en la consulta a Antonio, un paciente trasplantado de corazón a tratamiento con un fármaco inmunosupresor, que acude con su hermana, una mujer sana sin antecedentes de interés, con la que convive. Observamos una serología suya donde consta que no está protegido frente a sarampión; él no es consciente de haberlo pasado, y su hermana tampoco recuerda que en casa se hayan infectado nunca. ¿Qué estrategia deberíamos seguir?

En este momento Antonio no podría recibir la vacuna de la triple vírica; si su hermana tampoco presentase inmunidad frente al sarampión, le administraríamos en consulta la primera dosis de la triple vírica.

Administraríamos la vacuna de la triple vírica a Antonio y a su hermana (estrategia de protección directa e indirecta).

Deberíamos esperar a que Antonio finalizara con el tratamiento inmunosupresor para administrar la vacuna de la triple vírica tanto a él como a su hermana.

Administraríamos la vacuna de la triple vírica a Antonio, con pauta de 2 dosis separadas de 1 mes (estrategia de protección individual en población vulnerable).