



SESIÓN CLINICA 14/02/2024

Dr. Carlos Lorente Larrañeta R2 MI

Dra. Elena Magaz García

Complejo Asistencial
Universitario de León





Antecedentes personales

NAMC

Parcialmente dependiente para ABVD. Vive con su mujer.

Exfumador hace 20 años, **bebedor moderado**. **Bronquiectasias en LSD**.

FRCV: **HTA**. **DL**. No DM.

Cardiopatía isquémica crónica tipo angina estable (estudiado en 2015).

ERC leve moderada 3a

Prostatismo.

Polipectomía cólon en 2014 (displasia alto grado totalmente extirpados)

Esplenectomía por linfoma B difuso de célula grande tipo activado en seguimiento por Hematología (2015).

IQx :Dupytren (2012), ca epidermoide nasal (2005), cirugía de estrabismo en infancia

Tratamiento habitual

- Atenolol 50 mg 1-0-0
- Olmesartán 40 mg 1-0-0
- Ácido acetilsalicílico 100 mg 0-1-0
- Atorvastatina 40 mg 0-0-1
- Pantoprazol 40 mg 1-0-0
- Tamsulosina-dutasteride 0.5/0.4 mg 0-0-1

Enfermedad actual

Lesiones costrosas en región occipital y cervical alta de 4-5 días de evolución, muy pruriginosas y sanguinolentas al tacto.

Acude hoy a urgencias por empeoramiento progresivo del estado general, dificultad para la marcha, progresión de las lesiones por el tronco, agitación psicomotriz y desorientación.

Refiere debilidad generalizada con varias caídas, con dolor costal izquierdo.



Exploración física



C.O.C. Buen estado general, buena coloración mucocutánea.

AC: Rs.Cs.Rs sin soplos ni extartonos

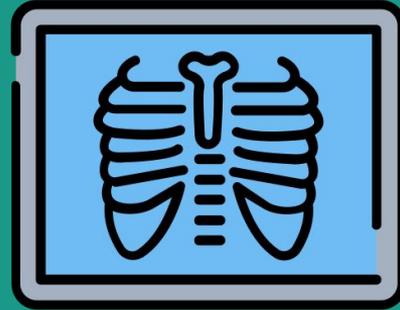
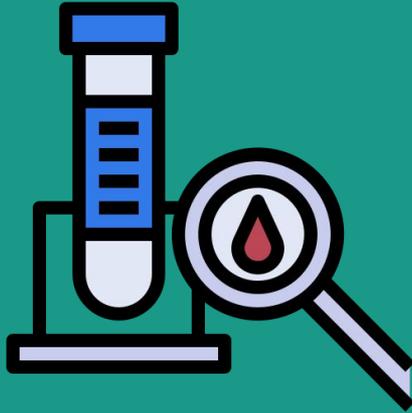
AP: MVC

Exploración NRL: **Bradipsiquia**, No déficits motores ni sensitivos.No alteraciones de la coordinacion motora. **Signos meníngeos negativos**

Lesiones papulares y vesiculosas en tronco y raíz de miembros superiores, sobre 10, sin afectación palmoplantar ni mucosas



PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

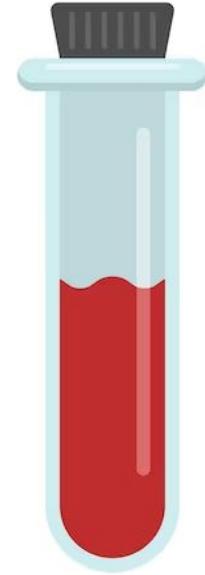


Analítica

BQ: Glucosa 121 mg/dl urea 48 mg/dl creatinina 1 mg/dl FGe 71 ml/min sodio 137 mmol/l potasio anulado, cloro 101 mEq/l **PCR** 70.1 mg/l **PCT** 0.25 ng/ml

HEM: **Leucocitos** 14.000/mm³ (6.410 neutrófilos, 5.960 linfocitos) Hb 13.9 g/dl VCM 98.7 fL Plaquetas 167.000/mm³

CG: rTPA 0.88 INR 1.1



TC Cráneo

No se identifican sangrados intracraneales. Hipodensidad parcheada la sustancia blanca periventricular y ambas coronas radiadas, sugestiva de **envejecimiento fisiológico y/o enfermedad de pequeño vaso**. Ligeramente dilatada la cisterna media y de los surcos de la convexidad, **sin cambios relevantes respecto a TC previo, sugestivo de atrofia cerebral difusa de predominio subcortical, sin poder descartar leve hidrocefalia, a correlacionar con la clínica**. Línea media centrada. **Colección lenticular hipodensa subgaleal temporo-parieto-occipital derecha, de 11 mm de grosor máximo, inespecífica, de nueva aparición respecto al estudio previo (¿hematoma evolucionado crónico, sin densidades agudas ni subagudas??)**. Engrosamiento mucoso en senos frontales y maxilar derecho, este último con pequeños quistes de retención.





RX Tórax



DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL



DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL



Lesiones papulares y vesiculosas en tronco y raíz de miembros superiores.
Sanguinolentas al tacto. Pruriginosas
4-5 días de evolución

Dificultad para la marcha ,, agitación psicomotriz y desorientación.
Expl.NRL: bradipsiquia, no signos meníngeos

A/S con leucocitosis , PCR 70.
TC craneal :Colección lenticular hipodensa subgaleal temporo-parieto-occipital derecha, de 11 mm de grosor máximo, inespecífica, de nueva aparición respecto al estudio previo



DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL



SÍNDROME
CONFUSIONAL
AGUDO/ESTADO
ENCEFALOPÁTICO



LESIONES CUTÁNEAS





Encefalitis/Meningoencefalitis infecciosas

-Víricas → etiología más frecuente

Enterovirus (75%), VHS, VHZ, VIH, CMV, VEB

-Bacterianas

¿Tuberculosis?

Edad (>50 años) y consumo de alcohol → *S. pneumoniae*, *Listeria*, *N. meningitidis*

Esplenectomizado → *S. pneumoniae*, *Listeria*

-Otras:

Criptococo, *Toxoplasma* → paciente inmunodeprimidos

Borrelia, Sífilis

No tratamiento inmunosupresor activo/
No neutropenia

Encefalitis/meningoencefalitis no infecciosas

Antecedente
de Linfoma
cel. grande B

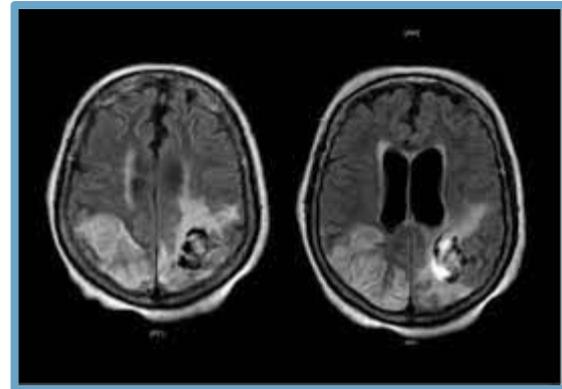
-Neoplasias→ carcinomatosis meníngea (adenocarcinomas(*pulmón*), melanomas) / linfomas no Hodgkin

exfumador

-Sarcoidosis→10% puede desarrollar neurosarcoidosis.

Frecuente afectación pares craneales (**VII par**) +/- meningoencefalitis

Lesiones cutáneas→ eritema nodoso/lupus pernicio/pápulas y placas



Encefalitis/meningoencefalitis por Herpes-zóster

Lesiones costrosas vesiculosas

Pruriginosas

Distribución → tronco/extremidades

Edad → reactivación más frecuente en >50 años

Dolor costal izquierdo → ¿neuralgia herpética?



Encefalitis/meningoencefalitis por *N.meningitidis*

Exantema pruriginoso con costras

Esplenectomizado por linfoma de células grandes

Edad → >50 años

Raramente vesículas/lesiones necróticas



Encefalitis/meningoencefalitis por Listeria

Consumo de productos lácteos (leche cruda/quesos tiernos), embutidos, salchichas y patés, pescados ahumados, carne poco cocinada y frutas y verduras frescas → productos muy habituales

Frecuente en >60 años



Suele cursar con fiebre

Muy infrecuente afectación cutánea → vasculitis cutánea



Tuberculosis meníngea/cerebral

Hasta un 5% de las formas de TBC

Colección hipodensa temporo-parietal e hidrocefalia en TC de cráneo



No clínica respiratoria, ni fiebre ni pérdida de peso

TBC cutánea → forma muy infrecuente, en TBC pulmonares extensas y de afectación periorificial (perianal)

Neuroborreliosis

Picadura de garrapata → en ocasiones no se recuerda picadura

Fase infección diseminada → afectación neurológica, astenia

No síntomas músculo-esqueléticos → artromialgias migratorias



Lesiones
cutáneas



1º fase → eritema migratorio

2º fase (diseminada) → lesiones anulares más inespecíficas/linfocitoma cutis



Impresión diagnóstica



Encefalitis/
meningoencefalitis infecciosa

-VHZ

Ampliación del estudio



Punción lumbar

Bioquímica LCR → glucosa, proteínas, recuento celular, ADA

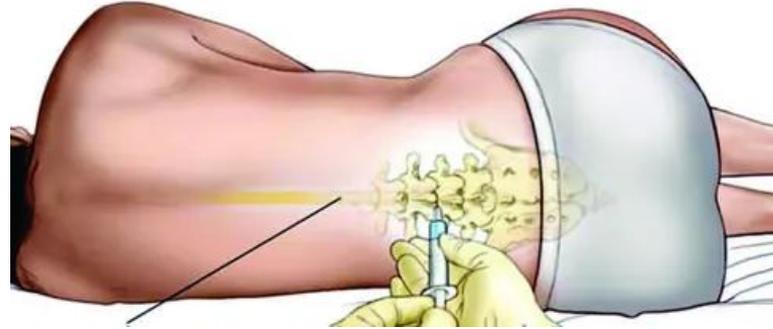
Microbiología

-Gram

-Cultivo muestra

-PCR multiplex , PCR TBC

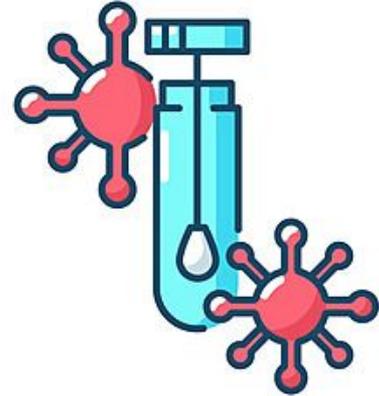
-Serología LCR : VIH, Lúes , VHS, VVZ, Brucella, Borrelia.



Analítica y serologías

A/S completa con Vitamina B12, fólico, hormonas tiroideas, proteinograma e Igs

Serologías: VIH, Lúes, VHB,VHC,VHS, VVZ,
Brucella, Borrelia,VEB



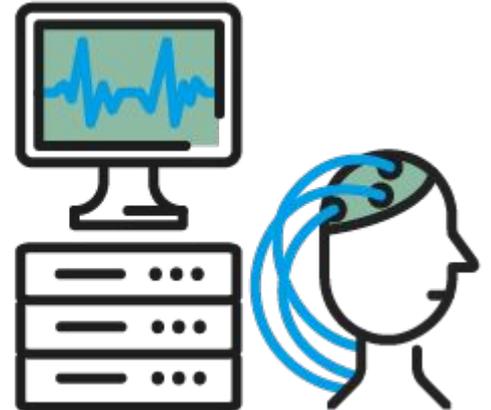
Pruebas de imagen

-RM craneal → más sensible

Muestra alteraciones en el 60%
de encefalitis vs 30% en TC

-Repetir TC craneal de control

-Electroencefalograma → estudio encefalitis



Estudio lesiones cutáneas

-Test Tzanck→infecciones por VHS y VHZ





Bibliografía

Harrison principios de medicina interna Jameson et al. - McGraw Hill - 2023

Diagnóstico y tratamiento médico: green book Marbán - 2023

Esplenectomía y sepsis - Anales RANM

José Antonio Rodríguez Montes Académico de Número de la Real Academia Nacional de Medicina de España – Cirugía General Catedrático de Cirugía. Profesor Emérito de la UAM
https://analesranm.es/revista/2021/138_01/13801_rev04

Las encefalitis herpéticas: Encefalitis producidas por la familia herpes Salamano & Lewin
http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-423X2011000300001

Encefalitis y meningoencefalitis / Autoría: Infored
<https://www.guiaproioam.com/indice/encefalitis-y-meningoencefalitis-agudas-virales-y-no-virales/>

Vasculitis séptica por Listeria monocytogenes
<https://scielo.conicyt.cl/pdf/rci/v31n6/art17.pdf>

Enfermedad de Lyme: la gran imitadora López-Hortas et al.
<https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-familia-semergen-40-articulo-enfermedad-lyme-gran-imitadora-13119395>

¡Muchas gracias por
vuestra atención!



Caso clínico

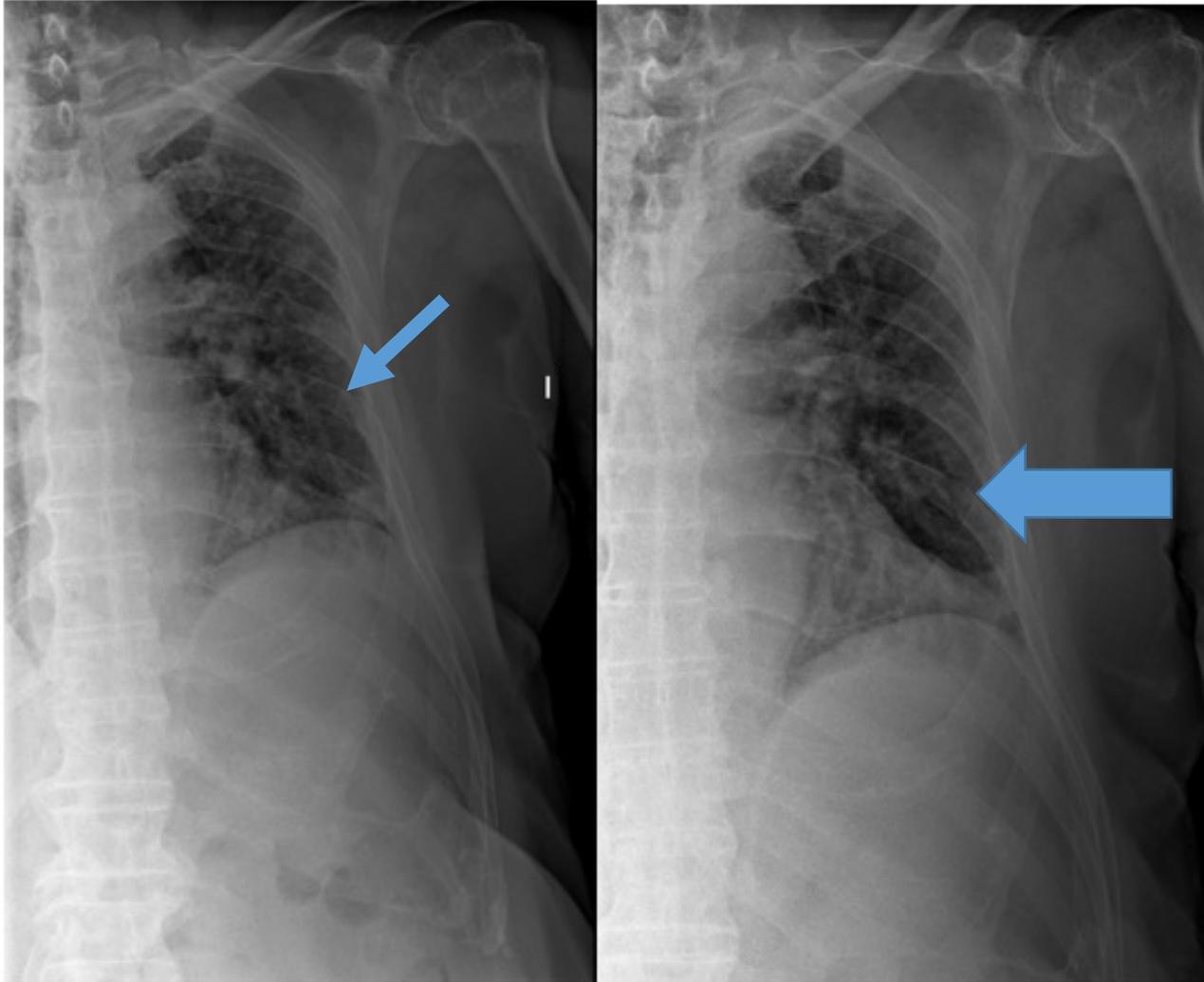
Carlos Lorente

Elena Magaz

14/2/2024

**SINDROME
CONFUSIONAL
AGUDO**





Fractura del 7º arco costal izquierdo

Analítica al día siguiente

GLUCOSA	103	mg/dL	[70 - 110]
UREA	* 105	mg/dL	[16 - 49]
AC.URICO	* 8.4	mg/dL	[3.4 - 7]
CREATININA	* 1.71	mg/dL	[0.7 - 1.2]
Estimación CKD-EPI Hombre >0.9	37	mL/min/1.73m2	
Multiplicar por 1,159 si el paciente es de raza negra.			
> 90: F. G. Normal			
60 - 90: F.G. Normal o compatible con IRC estadio 1 o 2 (si persiste durante 3 o más meses).			
30 - 59: F.G. compatible con IRC estadio 3 (si persiste durante 3 o más meses).			
15 - 29: F.G. compatible con IRC estadio 4 (si persiste durante 3 o más meses).			
< 15: F.G. compatible con IRC estadio 5 (si persiste durante 3 o más meses).			
AST	17	UI/L	[0 - 40]
ALT	27	UI/L	[0 - 41]
ALP	* 193	UI/L	[40 - 130]
GGT	* 297	UI/L	[10 - 71]
PROT.TOT	6.9	g/dL	[6.4 - 8.5]
CALCIO	8.8	mg/dL	[8.2 - 10.2]
FOSF INORG	4.24	mg/dL	[2.5 - 4.5]
LDH	* 252	U/L	[135 - 250]
BILIRRUBINA TOT.	1.16	mg/dL	[0.1 - 1.4]
ALBUMINA	3.8	g/dL	[3.5 - 5.2]
CLORO	104	mmol/L	[98 - 107]
SODIO	143	mmol/L	[135 - 145]
POTASIO	4.2	mmol/L	[3.5 - 5.1]
P.C.REACTIVA	* 128.5	mg/l	[0 - 5]

LIQUIDO CEFALORRAQUIDEO

A partir del 08/10/2019 algunas técnicas tienen nuevos valores de referencia.

LEUCOCITOS	* 17	/mm3	[0 - 5]
TIPO DE CELULAS			
87% Mononucleados			
13% Polimorfonucleares			
HEMATIES	4	/mm3	[0 - 10]
XANTOCROMIA	NEGATIVO		Metodo visual
ASPECTO			
Líquido claro y transparente			
GLUCOSA	51	mg/dL	[40 - 70]
60% Valor plasmatico.			
PROTEINAS TOTALES	* 102	mg/dL	[15 - 45]
ADA EN LIQUIDO CEFALORRAQUIDEO	2	U/L	[0 - 9]

Serologías

MARCADORES HEPATITIS B

VHB HBs Ag	-	Negativo
VHB anti HBs	-	Negativo
VHB anti HBc	-	Negativo

MARCADORES HEPATITIS C

VHC Ac	-	Negativo
--------	---	----------

SEROLOGIA VIH

VIH 1/2 (Ac+ Ag p24)	-	Negativo
----------------------	---	----------

SEROLOGIA HERPESVIRUS

VHS 1 IgG	-	Positivo
VHS IgM	-	Negativo
VHZ IgG	2436.00 mUI/mL	Positivo
VHZ IgM	-	Negativo
CMV IgG	-	No procede determinación.Resultado previo positivo
CMV IgM	-	Negativo
VEB VCA IgG	-	POSITIVO
VEB VCA IgM	-	Negativo
VEB EBNA IgG	-	POSITIVO

SEROLOGIA LUES

Lúes Ac totales (CMIA)	-	Negativo
------------------------	---	----------

SEROLOGIA PARASITARIA

Toxoplasma IgG	18.50 UI/mL	Positivo
Toxoplasma IgM	-	Negativo

Tipo de Muestra: **LIQUIDO CEFALORRAQUIDEO**

HEMOCULTIVOS / LCR / Líquidos

TINCION DE GRAM

-
Se observan leucocitos de predominio
linfocitario, no microorganismos
Negativo

CULTIVO Sangre/Líquidos

PCR-FA-MENINGITIS/ENCEFALITIS

Escherichia coli K1	Negativo
Haemophilus influenzae	Negativo
Listeria monocytogenes	Negativo
Neisseria meningitidis	Negativo
Streptococcus agalactiae	Negativo
Streptococcus pneumoniae	Negativo
Citomegalovirus (CMV)	Negativo
Enterovirus PCR	Negativo
VHS 1 PCR	Negativo
VHS 2 PCR	Negativo
HHV 6 PCR	Negativo
Parechovirus humano PCR	Negativo
WZ PCR	POSITIVO
Cryptococcus neoformans/gattii	Negativo



IC OFTALMOLOGIA:

OD= MM (amblíope) OI= 0.7 PIO: 21/22 BPA: QPS. No úlcera corneal. No reacción CA. Resto normal No afectación herpética en OD de momento. Poner lágrimas artificiales 3-4 veces al día en ambos ojos.

GLUCOSA	* 116	mg/dL	[70 - 110]
UREA	44	mg/dL	[16 - 49]
AC.URICO	6.8	mg/dL	[3.4 - 7]
CREATININA	0.99	mg/dL	[0.7 - 1.2]
Estimación CKD-EPI Hombre >0.9	72	mL/min/1.73m2	

Multiplicar por 1,159 si el paciente es de raza negra.

> 90: F. G. Normal

60 - 90: F.G. Normal o compatible con IRC estadio 1 o 2 (si persiste durante 3 o más meses).

30 - 59: F.G. compatible con IRC estadio 3 (si persiste durante 3 o más meses).

15 - 29: F.G. compatible con IRC estadio 4 (si persiste durante 3 o más meses).

< 15: F.G. compatible con IRC estadio 5 (si persiste durante 3 o más meses).

AST	13	UI/L	[0 - 40]
ALT	16	UI/L	[0 - 41]
ALP	* 132	UI/L	[40 - 130]
GGT	* 114	UI/L	[8 - 61]

Nuevos valores de referencia a partir del 18/01/2024

PROT.TOT	* 6.3	g/dL	[6.4 - 8.5]
COLEST TOT	166	mg/dL	
	Deseable: <200	Limitante: 200-250	Indeseable: >250
TRIGLICERIDOS	147	mg/dL	
	Deseable: <150	Limitante: 150-350	Indeseable: >350
CALCIO	9.1	mg/dL	[8.2 - 10.2]
FOSF INORG	3.32	mg/dL	[2.5 - 4.5]
LDH	137	U/L	[135 - 250]
BILIRRUBINA TOT.	0.49	mg/dL	[0.1 - 1.4]

Analítica al alta

COLORO	105	mmol/L	[98 - 107]
SODIO	144	mmol/L	[135 - 145]
POTASIO	3.7	mmol/L	[3.5 - 5.1]
INDICES SERICOS: INTERFERENCIAS ANALITICAS.			
HEMOLISIS (0-10):	0		
TURBIDEZ (0-5):	0		
ICTERICIA (0-5):	0		
PRUEBAS REUMATICAS			
P.C.REACTIVA	2.6	mg/l	[0 - 5]

HERPES ZOSTER DISEMINADO. - encefalitis asociada.

Favorable con medidas sintomáticas y aciclovir 14 días por vía intravenosa

Fractura de 7º arco costal izquierdo -Postraumático

Herpes Zóster

- Causa en España alrededor de **4.000 hospitalizaciones** y **20 muertes** al año.
- “un importante problema” de salud pública en España que va en aumento (**envejecimiento de la población y la gravedad de la infección en grupos de riesgo**)

Entre los 50 y los 85 años podrían padecerlo :

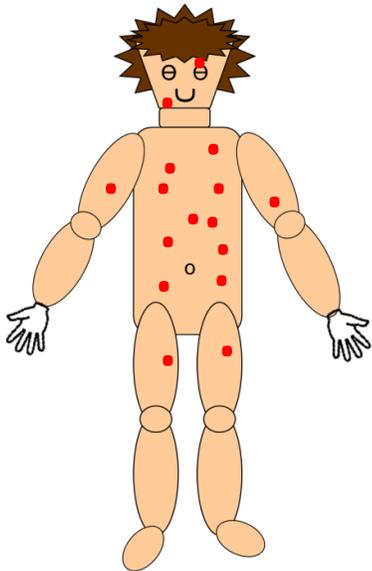


1 de cada 5 hombres

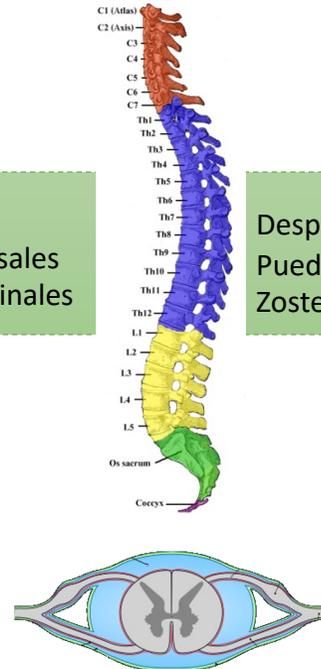


1 de cada 4 mujeres

VARICELA



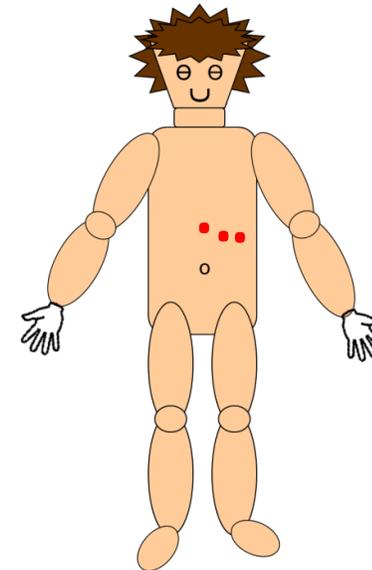
El virus latente en los ganglios basales de los nervios espinales



Nervios espinales.

Después de meses o años Puede reactivarse y causar Zoster

HERPES-ZÓSTER



- Edad avanzada
- Neoplasias
- Infección por VIH
- Quimioterapia, radioterapia

- Enfermedad **general**
- Fiebre
- Prurito
- Manchas, vesículas y costras

- Enfermedad **localizada**
- No fiebre
- Grupo de vesículas
- Picor

-Fase prodrómica

-Erupción cutánea

.Pápulas en las primeras 24h, que evolucionan a vesículas-ampollas (48h), pústulas (96h) y costras (7-10 días), con base eritematosa

.Distribución dermatomérica unilateral

.Más frecuente torácico (62%), lumbar (14%) y cervical (11%)



-Complicaciones

Ramsay Hunt syndrome (herpes zoster oticus)



Disseminated herpes zoster



The multiple vesicles and crusts of herpes zoster are not limited to a dermatome.



Complicated zoster

Disseminated zoster (any of the following)*:

- Extensive cutaneous involvement (eg, >2 contiguous dermatomes, bilateral involvement [lesions crossing the midline], involvement of non-contiguous dermatomes)
- Visceral involvement

Ocular manifestations (either of the following)†:

- Herpes zoster ophthalmicus, suggested by:
 - Tearing, ocular pain, blurred vision, conjunctival injection, and/or swelling/erythema of the lid and periorbital structures
 - Uveitis, episcleritis, and/or keratitis
- Acute retinal necrosis, suggested by:
 - Blurred vision
 - Acute iridocyclitis (may have "ciliary flush" - injection that gives the appearance of a red ring around the iris)

Ramsay Hunt syndrome:

- Triad of ipsilateral facial paralysis, ear pain, and vesicles in the auditory canal and/or auricle. Other symptoms may include tinnitus or nystagmus.

Neurologic complications (any of the following):

- Meningitis
- Encephalitis
- Myelitis

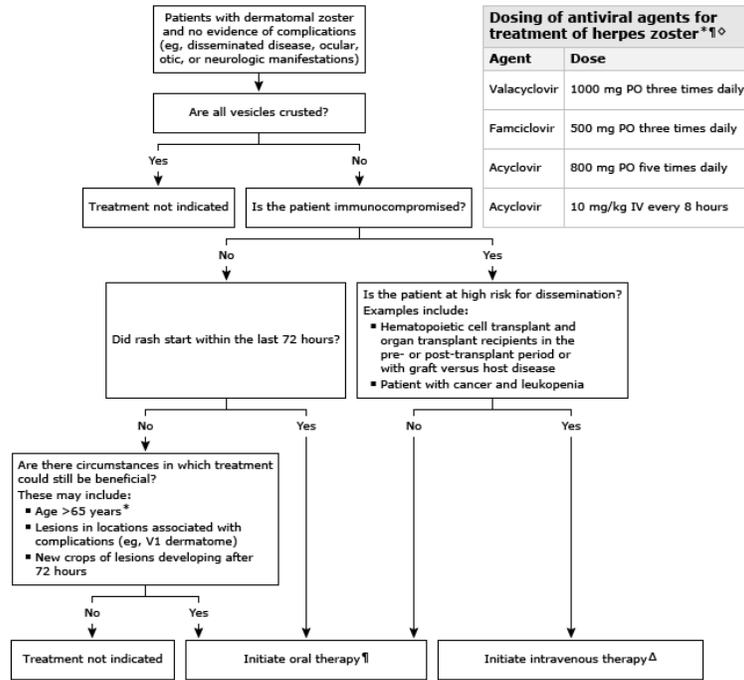
* Disseminated zoster almost always occurs in those who are immunocompromised.

† All patients with suspected ocular disease should be managed in conjunction with an ophthalmologist.

Controlar la sintomatología aguda

- Acelerar la curación de las lesiones
- Limitar la severidad y duración del dolor agudo asociado

Initial management of adults with uncomplicated herpes zoster



This algorithm is intended for adults with localized, uncomplicated herpes zoster. Refer to the UpToDate content on herpes zoster for discussions of how to evaluate for and treat complicated disease (eg, ocular, otic, neurologic, and disseminated disease) as well as disease in children.

IV: intravenously; PO: orally.

* There is no specific age cut off to decide when someone who presents after 72 hours may benefit from treatment. However, immunity to varicella-zoster virus (VZV) wanes with increasing age and can be severely impaired in those of advanced age.

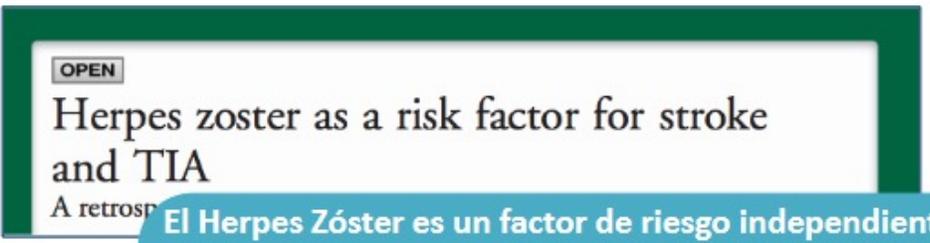
† For nonpregnant patients who warrant oral therapy, we prefer treatment with valacyclovir or famciclovir because of their lower dosing frequency compared with acyclovir. For pregnant patients, we prefer acyclovir since there is the most experience with this medication in pregnancy. Treatment should continue until all lesions have crusted (typically 7 days for immunocompetent patients; 7 to 14 days for immunocompromised patients).

Δ For patients at high risk for dissemination, we initiate intravenous acyclovir. Patients can switch to an oral agent after clinical improvement; treatment should continue until all lesions have crusted (typically 7 to 14 days).

◇ Dosing in this inset is intended for adult patients with normal kidney and liver function. For dose adjustments, refer to Lexicomp drug information topics within UpToDate.

ACICLOVIR	Análogo nucleósido de guanina Inhibe ADN polimerasa viral	Biodisponibilidad oral 20%	5-10 mg/kg 3v/d 7d IV 800 mg 5v/d 7d oral
VALACICLOVIR	1-valil-éster aciclovir	Biodisponibilidad oral 65%	1000 mg 3v/d 7 d
FAMCICLOVIR	Profármaco de penciclovir Análogo nucleósido de guanina	Biodisponibilidad oral 77%	500 mg 3v/d 7 d
BRIVUDINA	Derivado desoxiuridina Interacciona con ADN polimerasa viral	Biodisponibilidad 30%	125 mg 1v/d 7d

El Herpes Zóster como factor de riesgo de accidente cerebrovascular y accidente isquémico transitorio



El Herpes Zóster es un factor de riesgo independiente para la enfermedad vascular en la población del Reino Unido en los sujetos afectados menores de 40 años.

En los pacientes de más edad, la mayor influencia de los factores de riesgo vascular y una intervención temprana pueden explicar la reducción en el riesgo de accidente cerebrovascular después de padecer Herpes Zóster.

Es posible que tanto el tratamiento para el Herpes zóster, como la administración de la vacuna para la varicela tengan un papel importante en la prevención de los accidentes cerebro vasculares en los primeros 6 meses tras el episodio de Herpes

Se ha detectado un aumento del número de ictus durante los 6 meses siguientes a la aparición de Herpes Zóster.

Estos resultados tienen implicación en los programas de vacunación frente a Herpes Zóster ya que pueden reducir los casos de riesgo de ictus tras Herpes Zóster.

Risk of Stroke Following Herpes Zoster: A Self-Controlled Case-Series Study

MAJOR ARTICLE

Sinéad M. Langan,* Caroline Minassian,* Liam Smeeth, and Sara L. Thomas
Faculty of Epidemiology and Population Health, London School of Hygiene and Tropical Medicine, United Kingdom

(See the Editorial Commentary by Nagel and Gilden on pages 1504-6.)

Background. Herpes zoster is common and vaccine preventable. Stroke risk may be increased following zoster, but evidence is sparse and could be explained by differences between people with and without zoster. Our objective was to determine if stroke risk is increased following zoster.

When using the self-controlled case-series method and data (2). Participants had a first-ever diagnosis of zoster and following zoster was compared with incidence in other confidence intervals (CIs) were calculated.

The rate was increased following zoster compared with the months: weeks 1-4 (age-adjusted IR, 1.63; 95% CI, 1.32-1.93-26 (IR, 1.23; 95% CI, 1.07-1.42), with no increase with zoster ophthalmicus, rising to a >3-fold rate 5-12 months; IRs for stroke were lower among those receiving protective effect.

Statins and the I Population-Bas

Statins can increase the risk of herpes zoster infection in Asia

H.-H. Chen^{1,2,3} · C.-L. Lin^{4,5} · C.-J. Yeh¹ · S.-Y. Yeh^{3,6} · C.-H. Kao^{7,8}

Tony Antoniou,^{1,2,3,4} Hong Zheng,⁴ Samantha Singh,⁴ David N. Juurlink,^{3,4,5} Muhammad M. Mamdani,^{2,3,4,6,7} and Tara Gomes^{2,3,4,6}

¹Department of Family and Community Medicine, St Michael's Hospital, ²Keenan Research Centre of the Li Ka Shing Knowledge Institute, St Michael's Hospital, ³University of Toronto, ⁴Institute for Clinical Evaluative Sciences, ⁵Sunnybrook Research Institute, ⁶Applied Health Research Centre, St Michael's Hospital, Toronto, Ontario, Canada; and ⁷King Saud University, Riyadh, Saudi Arabia

EPIDEMIOLOGY

BJD
British Journal of Dermatology

Statin use and the risk of herpes zoster: a nested case–control study using primary care data from the U.K. Clinical Research Practice

A. Matthews, M. Turkson, H. Forbes, S.M. Langan, L. Smeeth and

Department of Noncommunicable Diseases Epidemiology, London School of Hygiene and Tropical

- La vulnerabilidad de quienes reciben estatinas al HZ puede ser elevado comparado con los que no usan estatinas
- La asociacion entre HZ y estatinas puede ser dosis dependiente, a mayor dosis mayor riesgo

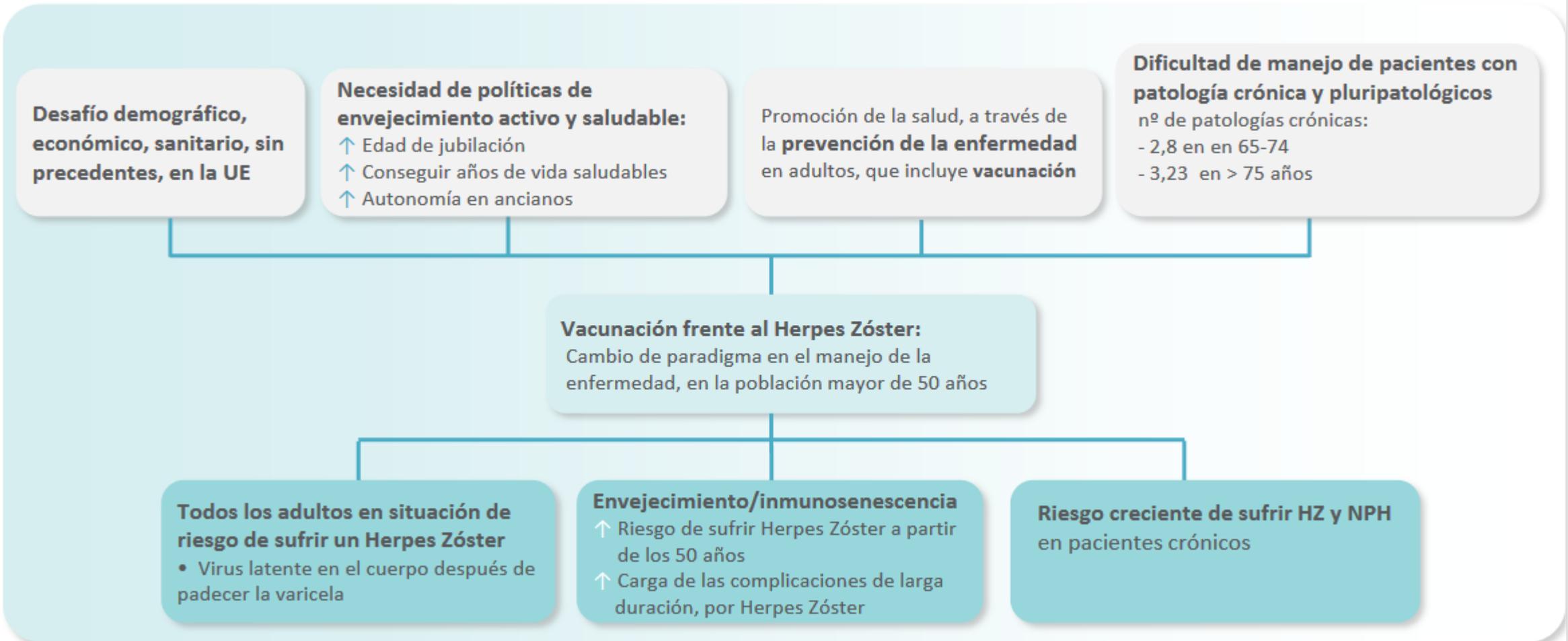
Linked Comment: Shalom and Cohen. *Br J Dermatol* 2016; 175:1137–1138.

La vacunación frente a Herpes Zóster:

Herramienta destacada en el envejecimiento activo y saludable,
Clave para la gestión de los Sistemas Sanitarios



reduce your risk of getting shingles and reduces the severity of symptoms if you develop the disease



CONSEJO INTERTERRITORIAL DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

VACUNACIÓN ESPECÍFICA EN PERSONAS ADULTAS (≥18 AÑOS) CON CONDICIONES DE RIESGO

Calendario recomendado año 2023

8- Herpes zóster

Población de riesgo:

Se administrará la vacuna de subunidades (HZ/su) según disponibilidad en:

- Personas con trasplante (TOS y TPH) o en espera del mismo (TOS)
- Infección por VIH
- Tratamiento con fármacos anti-JAK
- Hemopatías malignas
- Tumores sólidos en tratamiento con quimioterapia

VACUNACIÓN	CONDICIÓN DE RIESGO								
	Embarazo	Inmunodepresión (excepto VIH)	Infección por VIH		Asplenia, deficiencias de complemento y tratamiento con eculizumab	Enfermedad renal crónica avanzada y hemodiálisis	Enfermedad cardiovascular y respiratoria crónica	Enfermedad hepática y alcoholismo crónico	Personal sanitario
			<200 CD4/μl	>200 CD4/μl					
Difteria, tétanos, tosferina ¹	dTpa	Td si susceptible o vacunación incompleta							
<i>Haemophilus influenzae</i> b ²					Hib				
Sarampión, rubeola, parotiditis ²	Contraindicada		TV si susceptible		TV si susceptible				
Hepatitis B ⁴			HB ^(a)		HB ^(a)		HB	HB	HB
Hepatitis A ⁵			HA				HA		HA
Enfermedad meningocócica ⁶			MenACWY		MenACWY, MenB				
Varicela ⁷	Contraindicada		VVZ si susceptible		VVZ si susceptible				
Herpes zóster ⁸			HZ/su						
Virus del Papiloma Humano ⁹			VPH						VPH
Enfermedad neumocócica ¹⁰		VNC13+VNP23	VNC13+VNP23	VNC13+VNP23	VNC13+VNP23	VNP23	VNP23 ^(b)		
Gripe ¹¹	gripe	gripe anual							

^(a) Se utilizará vacuna de alta carga antigénica o específica para diálisis y prediálisis. Revisión serológica y revacunación cuando sea necesario.

^(b) VNC13+VNP23 si cirrosis hepática o alcoholismo crónico

- Recomendación específica por patología o condición
- Contraindicada
- Recomendación general
- No recomendada



Consejo Interterritorial
SISTEMA NACIONAL DE SALUD

CALENDARIO COMÚN DE VACUNACIÓN A LO LARGO DE TODA LA VIDA

Calendario recomendado año 2023

6 Varicela (VVZ)

Vacunación en la adolescencia:

En adolescentes que no refieran antecedentes de haber pasado la enfermedad y no se hayan vacunado, se administrarán 2 dosis de VVZ separadas por un intervalo mínimo de 4 semanas entre dosis (preferiblemente 8 semanas) o se completará la pauta si se ha recibido una sola dosis con anterioridad.

Vacunación en personas adultas:

En personas sin evidencia de inmunidad a la varicela en la población adulta* se realizará determinación serológica (IgG). En caso de serología negativa se administrarán 2 dosis de vacuna frente a varicela separadas por un intervalo mínimo de 4 semanas (preferiblemente 8 semanas). La recepción previa de 2 dosis de vacuna es sinónimo de inmunidad.

*criterios de evidencia de inmunidad a la varicela en la población adulta: documentación de vacunación con dos dosis, antecedentes de varicela, historia de herpes zóster o confirmación serológica (IgG positiva)

https://www.sanidad.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/vacunaciones/programasDeVacunacion/docs/Vacunacion_poblacion_adulta.pdf

Está **contraindicada** la vacunación en embarazadas y personas inmunodeprimidas.

7 Virus del Papiloma Humano (VPH)

Vacunación a los 12 años:

Se administrarán 2 dosis a niños y niñas con una separación de al menos 6 meses.

Vacunación después de los 12 y hasta los 18 años:

Vacunar solo a las mujeres no vacunadas, o vacunadas parcialmente, con anterioridad. Si se inicia la vacunación a partir de los 15 años se administrarán 3 dosis con pauta 0, 1-2, 6 meses (según vacuna utilizada). Se completará la pauta en función de la edad de la primera dosis.

La vacunación de VPH en niños se incorporará en todas las CCAA antes de fin de 2024

9 Herpes Zóster (HZ)

Se recomienda la vacunación de la población a los 65 años (nacidos en 1958). Se administrarán 2 dosis separadas por un intervalo mínimo de 8 semanas.

Además, se podrán captar progresivamente cohortes entre 66 y 80 años comenzando por la población que cumple 80 años.

https://www.sanidad.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/vacunaciones/programasDeVacunacion/docs/HerpesZoster_RecomendacionesVacunacion.pdf

La vacunación se incorporará en todas las CCAA antes de fin de 2024

10 Gripe

Prenatal:

En temporada de gripe se vacunará a embarazadas en cualquier trimestre de gestación.

https://www.sanidad.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/vacunaciones/programasDeVacunacion/riesgo/docs/VacGruposRiesgo_todas_las_edades.pdf

La vacunación en la infancia se incorporará en todas las CCAA en la campaña 2023-2024

Vacunación en la infancia (6 a 59 meses):

Se recomienda la vacunación con 1 dosis en la temporada de gripe. Se podrá empezar por las cohortes de menor edad.

https://www.sanidad.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/vacunaciones/programasDeVacunacion/docs/Recomendaciones_vacunacion_gripe_PoblacionInfantil.pdf

Vacunación en mayores:

Se recomienda la vacunación con una dosis durante la campaña anual a las personas mayores, preferentemente a partir de los 65 años de edad.

Más información en:

- https://www.sanidad.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/vacunaciones/programasDeVacunacion/docs/Vacunacion_poblacion_adulta.pdf
- <https://www.sanidad.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/vacunaciones/programasDeVacunacion/gripe/home.htm>