

Test de Acreditación

El resultados es: 78% .

Resultado del test:

1.- La monitorización de la carga viral en el compartimento sistémico es útil en la prevención de la enfermedad orgánica causada por:

Virus BK

Adenovirus



CMV



Todos los anteriores

2.- Las técnicas de secuenciación 'masiva' (NGS) han mostrado su utilidad en:

Diagnóstico de las infecciones víricas del SNC

Detección de variantes minoritarias resistentes a antivirales

Identificación de nuevos patógenos virales



Todas las anteriores

3.- ¿Qué antiviral ha demostrado una menor incidencia de enfermedad por CMV en el paciente con trasplante de progenitores hematopoyéticos que recibe profilaxis?

Brincidofovir

Ganciclovir

Valganciclovir



Letermovir

Maribavir

4.- ¿Cuál es gen implicado en la resistencia de CMV asociada al letermovir?

UL97

UL54



UL56

UL27

UL65

5.- En los receptores de trasplante de progenitores hematopoyéticos, es CIERTO que

La transmisión por sangre del SARS-CoV-2 al receptor de TPH es una causa relativamente frecuente de COVID-19 post-trasplante

La infección asintomática es excepcional en los receptores de TPH (<1%)

Los receptores de TPH alogénico tienen una mortalidad claramente más elevada que los TPH autólogos

Los pacientes con trombopenia tras el TPH (40,000-60,000 plaquetas/mm³) NO pueden recibir vacuna e SARS-CoV-2 por el riesgo de desarrollar VITT (Trombocitopenia Trombótica Inducida por Vacuna)



Ninguna de las anteriores es cierta

6.- En los receptores de trasplante de progenitores hematopoyéticos, es CIERTO que



La edad y el estado general son factores pronósticos para mortalidad

Existen ensayos randomizados de vacuna para SARS-CoV-2 en receptores de TPH que demuestran su seguridad y eficacia en esta población

NO se recomienda priorizar la vacunación para SARS-CoV-2 frente a las otras vacunas rutinarias de los receptores de TPH

No se recomienda realizar PCR para el SARS-CoV-2 en exudado nasofaríngeo antes de ingresar para realizar el TPH.

Los pacientes receptores de TPH no deben recibir tocilizumab para tratamiento de COVID-19 ya que aumenta enormemente el riesgo de desarrollar enfermedad injerto contra huésped (EICH) grave

7.- En relación a la infección por CMV en TOS, indicar la respuesta falsa

Es un virus inmunomodulador

Puede inducir rechazo.

Puede inducir arteriosclerosis acelerada.

Puede producir enfermedad directa



La replicación de CMV siempre es sintomática

8.- En relación a la monitorización inmunológica que respuesta indica como falsa.



Se debe utilizar la técnica del QuantiFeron-CMV

Permite discriminar el riesgo pretrasplante.

Permite reducir la profilaxis en pacientes que han recibido timoglobulina

Permite establecer la indicación de profilaxis secundaria tras un episodio de replicación

Permite conocer el riesgo de enfermedad tardía tras recibir profilaxis

9.- Ante un paciente TOS, que para evitar cualquier forma de rechazo crónico (vasculopatía del injerto cardíaco, bronquiolitis obliterante del pulmón) precisa profilaxis prolongada con valganciclovir y que desarrolla neutropenia persistente ¿qué fármaco prefiere utilizar para evitar la neutropenia?

Foscarnet

Gammaglobulina hiperinmune



Letermovir.

Valaciclovir



Lo mejor es no hacer profilaxis

10.- ¿Cuál de los siguientes trasplantes se asocia con mayor riesgo de síndrome linfoproliferativo postrasplante, PTLD?

Trasplante hepático

Trasplante renal

Trasplante cardíaco



Trasplante intestinal.

Trasplante de progenitores hematopoyéticos

11.- ¿Frente a cuál de los siguientes virus hay un 1% de la población general que presenta títulos elevados de replicación viral?



Herpes simplex

Herpes zóster

Citomegalovirus



Herpes 6

Herpes 8

12.- En relación a la infección por SARS-CoV-2 (COVID-19) en receptores de trasplante de órgano sólido, señale la afirmación FALSA:

En la mayor parte de las series la mortalidad es mayor en receptores de trasplante pulmonar respecto a otros órganos.

En el momento actual se contempla el empleo de donantes con PCR positiva para SARS-CoV-2 siempre que se cumplan una serie de condiciones.

La tasa de coinfección bacteriana o fúngica en pacientes con COVID-19 post-trasplante que requieren ingreso hospitalario es relativamente baja.



Ha quedado demostrado que el estado de receptor de trasplante actúa como un factor independiente de mortalidad y de mala evolución.

La inmunidad celular específica frente a SARS-CoV-2 en receptores de trasplante hepático que han desarrollado COVID-19 es comparable a la de los pacientes inmunocompetentes.

13.- Uno de los siguientes factores NO se ha asociado a una menor probabilidad de respuesta humoral tras la vacunación frente a SARS-CoV-2 en receptores de trasplante de órgano sólido:



Edad avanzada del donante.

Empleo de mofetil micofenolato.

Trasplante pulmonar.



Empleo de belatacept.

Tiempo transcurrido desde el trasplante.

14.- ¿Qué virus respiratorio adquirido en la comunidad causa con mayor frecuencia infección de vías respiratorias bajas en el receptor de trasplante de pulmón?

Picornaviridae

Influenza

Adenovirus



Paramyxoviridae

Coronavirus no SARS-CoV-2

15.- ¿Cuál es la medida preventiva más útil para evitar la transmisión de gripe nosocomial?

Vacunación del personal sanitario

Vacunación del receptor de trasplante de órgano sólido

Mascarilla

Aislamiento respiratorio

Lavado de manos



16.- Los virus respiratorios de la comunidad en pacientes inmunosuprimidos producen cuadros respiratorios más severos que en la población general. ¿qué medidas pueden ser eficaces para limitar sus consecuencias?

Evitar el contagio con el uso de mascarillas, lavado de manos y distanciamiento social.

El muestreo sistemático mediante técnicas de PCR es extremadamente útil de cara al manejo.

No existen tratamientos farmacológicos altamente eficaces.

La vacunación frente a la gripe a demostrado reducir la severidad en pacientes trasplantados.



Todas son ciertas.

17.- En cuanto a la epidemiología de los virus respiratorios de la comunidad en pacientes trasplantados de progenitores hematopoyéticos, señale la respuesta correcta.

Las infecciones por el virus influenza suelen ser más graves que las producidas por el resto de virus respiratorios.

Entre los factores de riesgo para progresión de la infección a vías bajas se encuentra el convivir con niños menores de 2 años.

El muestreo sistemático de virus respiratorios no tiene utilidad para reducir las consecuencias de la infección.



La linfopenia es el principal factor de riesgo de progresión a vías bajas y mortalidad.

La ribavirina tiene indicación para el tratamiento del virus parainfluenza.

18.- ¿Cuál de las siguientes afirmaciones en relación con la incidencia acumulada (CI) a 1 año de uso terapia antiviral anticipada en pacientes D+/R+ tratados con TPH alogénico en base a datos del registro norteamericano (Green y cols.)?

Globalmente más de 80% de los pacientes requieren tratamiento anticipado.

El dintel de DNAemia en plasma para iniciar tratamiento anticipado es variable, pero siempre por encima de 2000 UI/ml.

La incidencia acumulada de tratamiento anticipado es < 11%.



La incidencia acumulada se sitúa en torno al 60%

En pacientes seropositivos la incidencia es inferior al 30%.

19.- ¿Cuál de los siguientes fármacos antivirales tiene recomendación AI de ECIL para la profilaxis de reactivación CMV en el paciente que ha recibido un TPH alogénico?

Ganciclovir.

Solo Valganciclovir



Solo Letemovir.

Letemovir y Valganciclovir.

Foscarnet.

20.- ¿Cuál es la forma de enfermedad CMV más frecuente en la actualidad en el paciente que ha recibido un TPH alogénico?



Gastrointestinal.

Neumonía.


Síndrome CMV.

Afectación hepática con elevación de transaminasas, asintomática.


Retinitis.

21.- Durante la infección primaria viral se induce una Respuesta inmune que constituye la principal defensa frente a la infección viral


compuesta por:

- Respuesta inmune adaptativa específica de células T CD4+ y que expresan interferón gamma, para resolver la infección de células infectadas (virus intracelulares).
- Respuesta inmune adaptativa específica de células T CD8+ y que expresan interferón gamma, para resolver la infección de células infectadas (virus extracelulares).
-  Respuesta inmune amplia que incluye tanto una respuesta adaptativa de células T y anticuerpos como una respuesta inmune innata para resolver la infección.
- Respuesta inmune específica sólo de anticuerpos (neutralizantes y no neutralizantes), para resolver la infección de virus libres (virus extracelulares).
- Respuesta innata, células Natural killer, para resolver la infección por muerte celular como mecanismo de defensa.



22.- Existen distintos métodos disponibles comercialmente para la detección de la inmunidad celular específica.

- Método de neutralización capaz de detectar la presencia de anticuerpos neutralizantes.
- Método de la reacción en cadena de la polimerasa (PCR) capaz de detectar el genoma viral en muestras de sangre.
- Método de inmunomarcaje de células infectadas en cultivo.
-  Cuatro métodos basados en la estimulación de las células T de memoria (Viracor® CMV T-cell Immunity Panel, T-Track CMV, T-SPOT CMV, QuantiFERON-CMV)
- Ninguno de los métodos disponibles están disponibles comercialmente.



23.- Indique la afirmación correcta sobre los herpesvirus no CMV en TPH alogénico:

- HHV 7 es un betaherpesvirus que se reactiva en un 40-50% de receptores de TPH alogénico pero causa encefalitis o mielitis solo en una minoría de ellos.
- El HHV 8 es un betaherpesvirus que establece latencia en linfocitos B, células endoteliales, monocitos-macrófagos y glándulas salivares.
- La profilaxis anti-HSV1 reduce la incidencia de infección pero no afecta la supervivencia.
- El diagnóstico clínico de HSV1 mucocutáneo debería confirmarse siempre con PCR viral.
-  El tratamiento de VZV debe durar un mínimo de una semana y al menos dos días después de que todas las lesiones se hagan costras.

24.- Indique la afirmación incorrecta sobre el HHV6 en receptores de TPH alogénico:

- Hay que excluir la integración cromosómica que tiene transmisión vertical y es no se corresponde con el diagnóstico de infección.
-  Se reactiva habitualmente de forma temprana a tan solo unas semanas del trasplante en un 40-50% de los pacientes.
-  La monitorización de la reactivación viral permite identificar los casos de enfermedad por HHV6 antes de que se inicien síntomas de encefalitis o enfermedad en otros órganos.
- El tratamiento de elección es ganciclovir o foscarnet.
- Todas las afirmaciones son correctas

25.- Indique la afirmación incorrecta sobre el PTLT causado por VEB en TPH alogénico:

- Su pico de incidencia es a los 2-4 meses postrasplante.
-  La confirmación diagnóstica es histopatológica, no la detección de DNA de VEB por PCR en sangre.
- El rituximab y la reducción de la inmunosupresión son el tratamiento de elección de primera línea.
-  Los fármacos antivíricos no se recomiendan como tratamiento de primera línea de PTLT, pero son útiles cuando afecta el SNC.
- PTLT es la forma más grave de enfermedad por VEB en TPH alogénico.

26.- En relación con la terapia adoptiva con linfocitos T anti-virus ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es correcta?

- Las indicaciones para el tratamiento con linfocitos incluyen la resistencia farmacológica, toxicidad o intolerancia inaceptable, mutaciones virales genéticas y reactivaciones recidivantes
- Las Infecciones por Citomegalovirus, virus Epstein-Barr (VEB) Adenovirus (ADV) y BK virus pueden actualmente ser tratadas con linfocitos T.

Existe actualmente un ensayo clínico fase 3 para el tratamiento de infección por VEB en pacientes con trasplante hematopoyético o trasplante de órgano sólido.

La experiencia con infusión de linfocitos T específicos ha mostrado ser una estrategia segura con pocos efectos adversos o de nuevo EICR (enfermedad del injerto contra el receptor).



Todas las afirmaciones son correctas.

27.- En relación con las diferentes estrategias para obtener linfocitos T específicos ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es correcta?

Los resultados con linfocitos T específicos obtenidos a partir de donantes 3rd-party tienen resultados muy inferiores a los obtenidos por selección magnética.

La mayoría de la evidencia de eficacia clínica con linfocitos obtenidos por selección magnética es en el tratamiento de infección por ADV y BK.

La selección o expansión de linfocitos T específicos simultanea contra múltiples virus no es posible.

Los linfocitos seleccionados magnéticamente son normalmente criopreservados previo a su infusión e infundidos en dosis repartidas.



Todas las afirmaciones son incorrectas

28.- En relación con la terapia celular adoptiva e inmunoterapia pasiva ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es correcta?

En el trasplante hemapoyético alogénico, la infusión de linfocitos del donante (ILD) con depleción de células CD45RA+ puede ejercer respuestas efectivas anti-infecciosa, pero se acompaña de un riesgo muy elevado de desarrollar EICR.

El tratamiento de infecciones víricas con anticuerpos neutralizantes (inmunoterapia pasiva) es una estrategia que se está evaluando actualmente en varios ensayos clínicos, pero no existe todavía fármacos de esta clase con aprobación por EMA (European Medines Agency).

El tratamiento de infecciones por SARS-COV-2 y otros virus respiratorios como Influenza, RSV, hMPV, PIV-3 con linfocitos T específicos no es posible por dificultades de reconocimiento antigénico.



En España existen actualmente varios centros con capacidad tecnológica para la selección magnética de linfocitos anti-virus T específicos.