

LA GRIPE A (CONTINUACIÓN)

7.- En el caso de contacto con un paciente con síntomas gripales, ¿qué debe hacer un paciente con enfermedad inflamatoria intestinal y tratamiento inmunosupresor o terapia biológica?

Debe acudir CUANTO ANTES a su médico de atención primaria y exponer el caso para que este decida si es necesaria la prevención.

8.-¿Qué dosis de corticoides se considera que puede aumentar el riesgo de padecer la infección por la gripe A o complicaciones de la misma?

Cualquier dosis de corticoide, incluidos los corticoides orales de acción local (budesonida, beclometasona), puede aumentar la susceptibilidad.

9.-¿Deben los pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal vacunarse de la gripe común?

Todos los pacientes deben vacunarse contra la gripe común, que también puede ser grave, y además esto permitirá que no exista confusión diagnóstica.

10.-¿Deben los pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal administrarse otro tipo de vacunas, como por ejemplo la antineumocócica?

Los pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal deben recibir vacuna antineumocócica cada 5 años

11.- Además de las medidas habituales, ¿hay algún otro tratamiento que pueda ayudar a prevenir o disminuir la intensidad de los síntomas de la gripe A?

Sólo se debe tratar a pacientes con sospecha de gripe A y riesgo de complicaciones (tratados con esteroides, inmunosupresores o biológicos, debilitados o con factores de riesgo generales) o ya con neumonía.

12.- ¿Cómo influyen el resto de las comorbilidades habituales (diabetes, enfermedad pulmonar, insuficiencia cardiaca) en los pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal?

Los pacientes con enfermedades o circunstancias debilitantes asociadas, deben incrementar la vigilancia. Una lista orientativa de las situaciones asociadas a mayor riesgo de complicaciones incluye: mayores de 65 años (aunque esto no excluye que personas más jóvenes puedan padecer formas graves de gripe A), menores de 19 años que reciben tratamiento con salicilatos (Aspirina®), menores de 5 años, embarazadas, personas obesas o malnutridas, personas con enfermedades pulmonares (asma, bronquitis crónica...), con tumores activos, enfermedades del corazón, insuficiencia renal, enfermedades crónicas del hígado, diabéticos, personas con determinadas enfermedades de la sangre (llamadas hemoglobinopatías) y personas trasplantadas.

13.- ¿Cuáles son las medidas higiénico-dietéticas que se deben recomendar a los pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal?

1. Lavarse las manos con frecuencia.
2. Limpiar más frecuentemente (a diario) superficies de contacto (pomos, muebles, objetos) con los productos de limpieza habituales.
3. Taparse la boca y nariz al estornudar o toser y evitar tocarse los ojos, la nariz y la boca.
4. Usar pañuelos desechables para eliminar las secreciones respiratorias, deshacerse del pañuelo tras su uso en papeleras cercanas y realizar la higiene de las manos después.
5. Si no se dispone de pañuelos desechables, en vez de poner las manos para cubrirse la nariz y la boca, es preferible hacerlo con el antebrazo.
6. Evitar los lugares donde haya mucha gente.
7. Dormir bien, tener una alimentación saludable, beber agua, llevar una vida físicamente activa y evitar las bebidas alcohólicas y el tabaco.
8. Si se está con gripe: quedarse en casa 7 días después del inicio de los síntomas (10 días en niños) o hasta 24 horas tras el cese de síntomas si la duración de éstos es superior a 7 días.

14.- ¿Cómo influye el factor edad en los pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal?

En la gripe clásica, las personas de edad superior a los 65 años, pueden tener mayor riesgo de complicaciones. Según la información de la que disponemos, en la gripe A esto puede ser diferente.

5. Anexos

5.1 METODOLOGÍA

Se estableció un panel rápido de expertos designados por el gabinete de crisis de la Sociedad Española de Reumatología, al cual fueron invitados miembros de GETECCU. La metodología seguida fue la de Grupo Nominal. Se solicitó a los miembros del panel, antes de la reunión, que elaborasen una lista de los aspectos a incluir en el documento o expresasen su opinión por escrito sobre aspectos concretos. Asimismo se facilitaron documentos previos que sirvieran de apoyo. A continuación se discutieron los resultados en el grupo. La discusión no mostró desacuerdos relevantes y las bases del documento fueron acordadas por unanimidad. Las discusiones de la reunión fueron organizadas con Mind Manager Pro® a la vista de los participantes y el documento resultante editado y circulado entre los panelistas para sus comentarios y edición. No se consideró la realización de revisión sistemática por tres motivos: la necesidad de actuar rápido, la novedad excesiva del tema y la experiencia de los expertos.

El grupo de panelistas elaborará el documento definitivo incorporando las aclaraciones que fueran necesarias. Este documento se publicará en la revista GASTROENTEROLOGÍA Y HEPATOLOGÍA y en la web de GETECCU. En la medida de lo posible se elaborarán otros documentos que faciliten la difusión, como dípticos o diapositivas.

5.2. GRUPO DE TRABAJO

Coordinadora:

Rosario García de Vicuña, Hospital de la Princesa, Madrid; Presidenta de la Sociedad Española de Reumatología

Reumatólogos:

Luis Carreño, Hospital Gregorio Marañón, Madrid
Santiago Muñoz Fernández, Hospital del Norte, Alcobendas, Madrid

Emilio Martín Mola, Hospital La Paz, Madrid
Antonio Fernández Nebro, Hospital Carlos Haya, Málaga
Juan Gómez-Reino, Hospital General de Santiago, Santiago de Compostela
Raimon Sanmarti, Hospital Clinic i Provincial, Barcelona
Víctor Martínez Taboada, Hospital Marqués de Valdecilla, Santander
Federico Díaz González, Hospital de Canarias, Tenerife

Digestólogos (Grupo GETECCU):

Antonio López San Román, Hospital Ramón y Cajal, Madrid
Javier P. Gisbert, Hospital de la Princesa, Madrid
Pilar Nos Mateu, Hospital La Fe, Valencia
Fernando Gomollón, Hospital Clínico Lozano Blesa, Zaragoza
Joaquín Hinojosa del Val, Hospital de Manises, Valencia

Microbiólogos:

Belén Padilla, Hospital Gregorio Marañón, Madrid
Emilio Bouza, Hospital Gregorio Marañón, Madrid

Metodóloga:

Loreto Carmona, Unidad de Investigación de la FER, Madrid

Supervisores:

Antonio Bañares (reumatólogo), Director Ejecutivo, Fundación Española de Reumatología
Mª José Rodríguez (periodista), Responsable de Comunicación, Sociedad Española de reumatología

La Junta Directiva desea expresar sus condolencias a Ana García, miembro de esta Junta por la pérdida de su marido, conocido de todos nosotros. También su unal al dolor por el fallecimiento reciente del padre del socio Kike Bravo.



ACCU RIOJA - Núm. 25 - Septiembre 2009

HOJA INFORMATIVA

ACCU RIOJA

Casa de las Asociaciones
Parque de San Antonio, s/n
26009 LOGROÑO

Telfs.
605 955 519 - 606 946 321
Fax: 941 260 439
E-mail:
accurioja@hotmail.com
www.accurioja.com

Horario atención al público:
Los martes de 18 a 20 horas



JUNTA DIRECTIVA

Presidente

Gregorio Alvarez Carbajo

Vicepresidente

J. Antonio Chavoy Zorzano

Secretario

F. Javier González Gutiérrez

Vicesecretario

F. Javier Borobia Bretón

Tesorera

Ana García Parellada

Vicetesorera

Mª Fca. Garrido Bellido

Vocales

Sergio Diez Varona

Natividad Ochoa Miguel

Coordinador Jóvenes

Rocío Ortega González

Vocal Portavoz

Enrique Bravo Sainz

Vocales Rioja Alta

F. L. Bartolomé Nájera

Antonio Cenicerros Soto

Vocales Rioja Baja

Susana Herrero Mnez.Losa

Carmelo Cordón Ezquerro

Pelayo Abad Preciado

Documento informativo de GETECCU, Grupo Español de Trabajo en Enfermedad de Crohn y Colitis Ulcerosa, en colaboración con la Sociedad Española de Reumatología sobre la gripe A

Madrid, 21 de agosto de 2009

1ª modificación 1 de Septiembre 2009

Estas recomendaciones no son definitivas. Se basan en la mejor evidencia disponible actualmente.

Dada la gran velocidad a la que la información se acumula en torno a la gripe A, están sujetas a cambios.

Se recomienda a todos que consulten periódicamente esta misma página, así como los enlaces a diversas instituciones que se proporcionan en esta misma página. Obviamente todos los pacientes, con o sin inmunosupresión, deberán seguir las recomendaciones realizadas por el Ministerio de Sanidad y Política Social para todos los ciudadanos

1. Objetivo y justificación

El **objetivo** de estas recomendaciones es colaborar con los **médicos que asisten a pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal**

en la aplicación de medidas para la prevención y el tratamiento de la infección por el virus de la gripe H1N1 (gripe A). Esto se justifica por una serie de razones:

1. En pacientes con algunos procesos crónicos, la enfermedad en sí misma aumenta el riesgo de infecciones.
2. Los tratamientos como corticoides, inmunosupresores o agentes biológicos pueden aumentar el riesgo de infecciones graves, o complicar el curso de infecciones que son más leves para la población general.
3. La enfermedad inflamatoria intestinal puede, en algunos casos, asociarse a trastornos nutricionales o acompañarse de manifestaciones extraintestinales o a enfermedades autoinmunes, que pueden agravar el curso de infecciones concomitantes.
4. La experiencia previa con la difusión de recomendaciones para intervenciones profilácticas o vacunas en pacientes con inmunosupresión o tratamientos biológicos, ha demostrado que este tipo de acciones puede disminuir significativamente el impacto de las enfermedades infecciosas a las que se dirigen.

Las recomendaciones se presentan en dos formatos: estructurado por apartados y en formato preguntas y respuestas. Este segundo formato es más comprensible por personal no sanitario.

Todas las recomendaciones están basadas en otras previas, elaboradas por grupos de trabajo del Ministerio de Sanidad y Política Social y de diversas Comunidades Autónomas, las cuales a su vez se basan en las guías y documentos que elaboran periódicamente los Organismos para el Control de la Enfermedad (Centers for Disease Control) de los EEUU, como centro designado por la OMS para la coordinación de la pandemia.

Dado el avance tan rápido de la pandemia y del conocimiento acerca de ella, es de esperar que la vigencia de estas recomendaciones sea corta. Es por todo ello que se insta a todos los médicos interesados y otros potenciales usuarios de estas recomendaciones a que consulten los documentos originales.

Una serie de enlaces informativos de gran utilidad pueden ser:

-MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO

<http://www.msc.es/servCiudadanos/alertas/gripeAH1N1.htm> <http://www.msc.es/servCiudadanos/alertas/preguntasFrecuentes.htm> <http://www.msc.es/servCiudadanos/alertas/enlacesGripeA.htm>

-En español: CENTERS FOR DISEASE CONTROL, EEUU

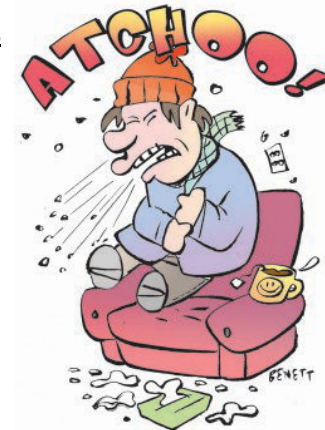
<http://www.cdc.gov/spanish/>

-En español: SITIO DEL GOBIERNO DE LOS EEUU SOBRE GRIPE A

www.flu.gov

<http://espanol.pandemicflu.gov/pandemicflu/enes/24/> www.flu.gov/

-En español: ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD



LA GRIPE A (CONTINUACIÓN)

2. Documento

2.1 GRUPOS A LOS QUE VAN DIRIGIDAS PRINCIPALMENTE LAS RECOMENDACIONES

Estos son los pacientes a los que están dirigidas principalmente estas recomendaciones:

1. CON ÁNIMO INFORMATIVO GENERAL (véase más adelante):

Pacientes con las siguientes enfermedades: enfermedad de Crohn, colitis ulcerosa, reservoritis y colitis no clasificada o colitis indeterminada.

2. PARA DAR LA INFORMACIÓN ESPECÍFICA QUE REQUIEREN PACIENTES PERTENECIENTES A UN GRUPO DE RIESGO (que llamaremos de ahora en adelante EII-RIESGO):

Pacientes que, independientemente de la enfermedad de base, utilizan los siguientes tratamientos a cualquier dosis: Esteroides, actuales o pasados: se considera paciente expuesto al que tomó alguna dosis en los últimos 3 meses, y se incluyen los esteroides orales de acción tópica intestinal (budesonida, dipropionato de beclometasona).

Inmunosupresores: azatioprina, mercaptopurina, metotrexato, ciclosporina, tacrolimus y micofenolato, entre otros.

Biológicos: infliximab, adalimumab, certolizumab, natalizumab, etc...

Pacientes con repercusión orgánica importante por la enfermedad de base: resecciones quirúrgicas amplias, insuficiencia orgánica.

Pacientes con alguno de los siguientes factores de riesgo añadido a su enfermedad intestinal:

Adultos ≥ 65 años; es preciso señalar a este respecto, que la consideración de los pacientes mayores de 65 años como grupo de riesgo no excluye en absoluto que personas más jóvenes puedan contraer la gripe A, e incluso sufrir formas graves de la enfermedad (como de hecho ha ocurrido en los países en los que la enfermedad ya se ha presentado).

Menores de 19 años que reciben tratamiento con salicilatos (Aspirina®).

Menores de 5 años.

Gestantes: es necesario recordar que las pacientes gestantes son un grupo de riesgo que precisa una atención especial, pues la gravedad potencial de la enfermedad en ellas es mayor. Se recomienda encarecidamente que se consulte la información específica elaborada por el Ministerio de Sanidad a este respecto, ya que existen recomendaciones muy específicas para ellas.

Obesidad (IMC > 30 kg/m²)

Malnutrición (IMC < 16 kg/m²)

EPOC y asma (especialmente si recibieron tratamiento esteroideo en el último año).

Enfermedad cardiovascular (salvo hipertensión arterial aislada).

Enfermedad neoplásica activa.

Insuficiencia renal crónica.

Hepatopatía crónica

Diabetes Mellitus

Hemoglobinopatías (drepanocitosis)

Trasplantados

Otros pacientes estarían sujetos a las recomendaciones para la población general. No obstante, se puede hacer alguna referencia en apartados específicos de estas recomendaciones.

2.2. DIAGNÓSTICO DE GRIPE A

2.2.1. Sospecha de gripe

Los síntomas de la gripe A son parecidos a los de la gripe estacional, si bien parece que la fiebre es más brusca y alta, las mialgias más intensas y es muy característica la odinofagia. Entre los datos de laboratorio, destaca la posible elevación de la CPK. La sospecha de gripe A durante el periodo de pandemia, en cualquier persona viene dada por: fiebre (temperatura mayor de 38° C) más alguno de los siguientes síntomas: tos, estornudos, rinorrea, odinofagia, mialgias.

En los pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal EII-RIESGO, además, se puede considerar durante la pandemia sospecha de gripe A en ausencia de fiebre, siempre y cuando se den al menos otros dos síntomas.

En toda neumonía se debe considerar la posibilidad de infección por

virus de la gripe A

2.2.2. Procedimiento diagnóstico

El Ministerio de Sanidad indica que no hace falta confirmar el diagnóstico en todos los pacientes mediante pruebas, ni hace falta realizar estas mismas pruebas u otras a familiares o contactos. Sí es necesario en estos casos, que se persiga la aparición de síntomas sospechosos, ante los cuales deberán contactar con su médico.

Sólo es necesario confirmar el diagnóstico mediante prueba de laboratorio en algunos pacientes concretos: aquéllos muy graves, o los pertenecientes a una población de riesgo. En nuestro caso, se trataría de los pacientes del grupo EII-riesgo, o en los que han aparecido complicaciones, como la presencia de una neumonía.

El paciente se debe poner cuanto antes tras la aparición de los síntomas en contacto con su médico de atención primaria, quien le indicará la necesidad y disponibilidad de las siguientes pruebas en su centro de salud o si debe acudir a su hospital:

1. Cultivo nasofaríngeo para PCR H1N1: debe realizarse una toma desde nariz hasta faringe con una torunda flexible y larga, con la cabeza bien extendida hacia atrás. El procesamiento de esta muestra se hará de acuerdo a las normas locales.

2. Placa de tórax: si se decide solicitarla, se hará de forma urgente, dado que el riesgo de neumonía es mayor en las 48-72 h; no es necesaria en todos los casos, pero sí en aquellos con factores de riesgo y en los que se sospeche esta complicación.

2.2.3. Valoración clínica

Debe incluir:

-la toma de constantes vitales (temperatura, tensión arterial, frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria)

- valoración de la saturación basal de oxígeno en sangre mediante pulsioximetría

- situación del nivel de consciencia

- presencia de síntomas que sugieran infección de vías respiratorias bajas

- auscultación cardiopulmonar

El criterio para la realización de una radiografía de tórax debe ser clínico: se debe considerar su realización, en los pacientes de EII-RIESGO, y, además, cuando los síntomas y signos del paciente sugieran la posibilidad de neumonía (al igual que se realizaría con cualquier otro sujeto con infección por virus de la gripe estacional).

Los criterios de ingreso hospitalario se fundamentarán en la situación clínica del paciente y de acuerdo con los protocolos específicos de las Autoridades Sanitarias Locales. No obstante, en el caso de complicación en forma de neumonía se debe considerar el ingreso hospitalario.

En caso de seguimiento ambulatorio, se debe recomendar que el paciente con gripe sea reevaluado clínicamente por su Médico de Atención Primaria en el plazo de 48-72 horas tras la consulta inicial.

3. Recomendaciones para la prevención

3.1 MEDIDAS GENERALES PARA TODOS, PACIENTES Y SANITARIOS

El Ministerio de Sanidad y Política Social recomienda, para evitar el contagio y contagiar, las siguientes medidas:

1. Lavarse las manos con frecuencia.

2. Limpiar más frecuentemente (a diario) superficies de contacto (pomos, muebles, objetos) con los productos de limpieza habituales.

3. Taparse la boca y nariz al estornudar o toser y evitar tocarse los ojos, la nariz y la boca.

4. Usar pañuelos desechables para eliminar las secreciones respiratorias, deshacerse del pañuelo tras su uso en papeleras cercanas y realizar la higiene de las manos después.

5. Si no se dispone de pañuelos desechables, en vez de poner las manos para cubrirse la nariz y la boca, es preferible hacerlo con el antebrazo.

6. Evitar los lugares donde haya mucha gente.

7. Dormir bien, tener una alimentación saludable, beber agua, llevar una vida físicamente activa y evitar las bebidas alcohólicas y el tabaco.

8. Si se está con gripe: quedarse en casa 7 días después del inicio de los síntomas (10 días en niños) o hasta 24 horas tras el cese de síntomas si la duración de éstos es superior a 7 días.

LA GRIPE A (CONTINUACIÓN)

3.2 MEDIDAS PARA LOS SANITARIOS

Las medidas generales para los sanitarios, se pueden localizar en el sitio internet del Ministerio de Sanidad. Se refieren a aquellas que se deben adoptar a la hora de prevenir la transmisión del virus (medidas de aislamiento, uso de material clínico y ropa, etc...)

3.3 VACUNAS

1. Entran en el programa de vacunación frente a la gripe A los pacientes inmunodeprimidos por toma de fármacos. En el caso de la EII se entiende que son los pacientes que toman corticoides, inmunosupresores (azatioprina, mercaptopurina, metotrexate, micofenolato, tacrólimus) y los que toman fármacos biológicos (infliximab, adalimumab, certolizumab, natalizumab).

2. La vacunación frente a la gripe común ha demostrado ser segura y eficaz en inmunodeprimidos.

3. La vacuna de la gripe común, está recomendada en todos los pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal, independientemente de su gravedad y tratamiento. Esto se debe a que ni un paciente concreto ni su médico saben si, a lo largo del año, van a ser precisos tratamientos inmunosupresores.

4. Se debe administrar la vacuna antigripal preparada con virus inactivados (se administra mediante inyección intramuscular). Está contraindicada la administración de la vacuna preparada con virus vivos atenuados que se administra por vía intranasal.

5. El contacto de un inmunodeprimido con algún sujeto que haya recibido la vacuna intranasal con virus vivos atenuados no se considera una situación de especial riesgo.

6. Además se recomienda la vacunación frente a gérmenes que podrían complicar un cuadro de Gripe A, entre los que se encuentra la propia gripe común y el neumococo.

7. No hay datos definitivos que indiquen que la respuesta a las vacunas esté disminuida de manera general en los pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal, pero es posible que ello sea así en algunos casos

8. La respuesta a la vacunación antigripal parece no afectarse por el tratamiento con esteroides.

9. En enfermedades reumatológicas, puede haber una menor respuesta a la vacuna antigripal en personas tratadas con algunos inmunosupresores, pero esto no se ha comprobado en la enfermedad inflamatoria intestinal.

10. LA VACUNACION SERA REALIZADA EN LOS CENTROS DE SALUD (ATENCION PRIMARIA)

3.4 PROFILAXIS POSTEXPOSICIÓN

1. No está justificada en momento de pandemia salvo excepciones. En este caso de los pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal, se trataría del caso de pacientes del grupo EII-RIESGO que entraran en contacto de forma estrecha con un caso de gripe A confirmada.

2. Si se indica la profilaxis se debe considerar el inicio lo más precoz posible. El período de contagio es unas 48 h.

3. En ausencia de síntomas de sospecha de gripe A, no se recomienda la suspensión del tratamiento de base de la enfermedad.

4. Si hay síntomas de sospecha de gripe A, se procederá como en el punto 2.2.2

5. La pauta de profilaxis post-exposición SIEMPRE HA DE VALORARLA UN MÉDICO, y en general será como sigue:

a. De elección, para evitar resistencias al otro fármaco: Zanamivir (Relenza®) por vía inhalatoria, al menos que existan enfermedades respiratorias con riesgo de broncoespasmo que desaconsejen el empleo de este fármaco: 2 inhalaciones juntas de 5 mg cada 24 horas durante 5 días.

b. Oseltamivir (Tamiflu®) (en general de segunda elección): 75 mg vía oral cada 24 horas durante 3 días.

3.5 RECOMENDACIONES PARA EL TRATAMIENTO

1. Sólo se debe tratar a pacientes con sospecha de gripe A y riesgo de complicaciones (tratados con esteroides, inmunosupresores o biológicos, debilitados o con factores de riesgo generales, véase punto 2.1.2), o ya con neumonía.

2. Hay que empezar a tratar preferentemente antes de 48 h del inicio de los síntomas, justo después de tomar la muestra de exudado nasofaríngeo.

3. El tratamiento consiste en oseltamivir (Tamiflu®).

a. 75 mg/12 h x 5 días.

b. considerar 150 mg/12 h x 5 días si hay diarrea, o se trata de obesos o ingresados en UCI.

4. A pesar de que el cultivo nasofaríngeo resulte negativo, se continuará hasta terminar el tratamiento por varias razones:

a. La sensibilidad de la prueba no es del 100%.

b. Así se evita la emergencia de resistencias.

5. Suspensión, si es posible, del tratamiento inmunosupresor o biológico de fondo entre 7 y 15 días y a criterio médico.

6. Seguir las recomendaciones del Ministerio para evitar la transmisión (ver medidas generales).

7. Los niños pueden tener más riesgo de efectos adversos por el oseltamivir (náuseas y vómitos sobre todo, pero también manifestaciones neuropsiquiátricas como los adultos), por lo que la vigilancia debe acentuarse.

4. Documento en formato de preguntas

1.- ¿Todos los pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal tienen aumento de riesgo de padecer gripe A o complicaciones serias derivadas de la misma?

Se considera que cualquier persona está en riesgo de padecer una gripe A. Esta probabilidad aumenta en función de la exposición y de la presencia de factores que debiliten al paciente, como por ejemplo, embarazo, tratamientos inmunosupresores, enfermedades crónicas...

En este sentido, deberán tener especial cuidado los pacientes cuya enfermedad inflamatoria intestinal haya requerido en los últimos meses, o en el momento de la exposición, tratamiento con corticoides, inmunosupresores o tratamientos biológicos. En la gripe estacional, los pacientes que sean mayores de 65 años, embarazadas, obesos, malnutridos, etc, tienen mayor riesgo de padecer complicaciones. En la gripe A, hay datos que indican que los pacientes de edad intermedia pueden verse más afectados.

2.- ¿Todos los pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal deben vacunarse contra la gripe A?

Deben vacunarse los pacientes que tomen determinados fármacos: inmunosupresores (azatioprina, mercaptopurina, metotrexate, micofenolato, tacrólimus) y los que toman fármacos biológicos (infliximab, adalimumab, certolizumab, natalizumab). También los pacientes con anemia moderada-grave.

3.- ¿Garantiza la vacunación contra la gripe A la protección en los pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal?

No se conocen estos datos, en principio si parece que proteja, por lo que el Ministerio de Sanidad ha considerado a los pacientes con inmunosupresión farmacológica como grupo que debe ser vacunado. Se recuerda que la vacuna aún no ha sido ampliamente experimentada.

4.- ¿Qué fármacos usados en pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal pueden alterar la respuesta a la vacunación contra la gripe A?

Cualquier tipo de corticoides, inmunosupresores (azatioprina, mercaptopurina, metotrexato, ciclosporina, tacrolimus, micofenolato...) o tratamientos biológicos (infliximab, adalimumab), podrían, en algunos pacientes, hacer que disminuya la respuesta a la vacuna.

5.- ¿Se deben usar fármacos antivirales de forma rutinaria como profilaxis en pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal?

La utilización de profilaxis con antivirales post-exposición NUNCA DEBE SER RUTINARIA y se hará en función del grado de sospecha clínica, determinado por un sanitario.

6.- Ante una clínica sospechosa de cuadro gripal, a quien debe el paciente con enfermedad inflamatoria intestinal consultar primero?

Siempre debe consultarse primero al MÉDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA y no acudir de entrada a un centro hospitalario.