

LAS PREGUNTAS VIENEN DESORDENADAS EN CADA EXAMEN

La confirmación de la presencia de una β -lactamasa de espectro extendido (BLEE):

Es mandatoria en todos los aislados responsables de infecciones invasivas.

Debe realizarse siempre por un método molecular.

Es obligatoria para el conocimiento de la epidemiología local.

No siempre se requiere para ajustar el tratamiento antibiótico.

Exige la utilización de antibióticos que no sean β -lactámicos para el tratamiento clínico.

Señale la respuesta incorrecta.

Los dos agentes etiológicos mas frecuentes en NN son Pseudomonas aeruginosa y Staphylococcus aureus y enterobacterias.

La máxima eficacia bactericida de un antibiótico se consigue en los primeros 5 días.

Un crecimiento en la extensión de la neumonía, una cavitación o una colección, pueden ser motivos para prolongar el tiempo del antibiótico.

Con el conocimiento actual no existe ningún modelo de neumonía que justifique una combinación de antibióticos.

Todas las respuestas son correctas.

¿Cuál de los siguientes antibióticos no debe utilizarse en monoterapia en la bacteriemia por *P. aeruginosa* resistente a carbapenemes?

Imipenem/relebactam.

Ceftazidima/avibactam.

Amikacina

Ceftolozano/tazobactam.

Cefiderocol.

¿En cuál de estos supuestos podría utilizar ertapenem como alternativa a los carbapenemas para tratar una bacteriemia por *E. coli* productor de BLEE?

Si el origen de la bacteriemia es una colangitis y el paciente está en shock séptico.

Si el origen de la bacteriemia es una neumonía nosocomial y el paciente también presenta shock séptico.

Si el origen de la bacteriemia es una infección intraabdominal y el paciente está neutropénico.

Si el origen de la bacteriemia es una ITU y el paciente está clínicamente estable.

Podría tratar cualquiera de las opciones previas con meropenem o ertapenem de forma indiferente.

Respecto al diagnóstico de las infecciones del SNC, señale la respuesta falsa respecto a meningitis bacteriana:

La tasa de mortalidad varía entre el 10-15% según la rapidez diagnóstica y terapéutica adecuada.

Alrededor del 20% de pacientes sobreviven con secuelas permanentes.

La tinción de Gram varía en sensibilidad y reproducibilidad.

Las meningitis decapitadas suponen un reto diagnóstico donde las técnicas moleculares alcanzan su mayor rentabilidad.

La aplicación directa al LCR de la técnica de Maldi-tof no funciona en el diagnóstico etiológico de meningitis bacteriana nosocomial.

Para cual de los siguientes supuestos no tendrían utilidad los biomarcadores en la neumonía.

Ayuda en el Diagnóstico inicial (etiología).

Permite la evaluación de respuesta al tratamiento.

Se correlacionan con la extensión del área infectada.

Ayuda a determinar la duración del tratamiento.

Predice la evolución, por tanto, tiene valor pronóstico.

Señale la opción INCORRECTA sobre el potencial impacto de la pandemia Covid-19 en las actividades habituales de vigilancia y control de infección a nivel hospitalario:

Las actividades relacionadas con Covid-19 consumen una proporción muy importante del tiempo de los equipos de prevención y control de infección.



La derivación de EPI para uso preferente en pacientes con Covid-19 en situación de desabastecimiento puede repercutir en su disponibilidad para la aplicación de precauciones de contacto en pacientes con infecciones por microorganismos multirresistentes (MDR).



Las actividades PROA pueden verse afectadas negativamente por la derivación de sus recursos habituales a actividades Covid-19.



La atención de los profesionales sanitarios hacia las actividades de vigilancia y control de infecciones por bacterias resistentes a los antibióticos va a aumentar muy significativamente durante la pandemia.



La monitorización de la incidencia de IRAS puede verse afectada por la falta de recursos específicos.

La secuenciación de genomas completos (señala la respuesta correcta):



Es de escasa utilidad cuando se implementa de forma prospectiva para identificar brotes por microorganismos productores de IRAS.



Sólo es útil para identificar brotes por microorganismos multirresistentes ya que permite detectar los genes de resistencia que producen.



Es una técnica de igual o mayor resolución que las técnicas convencionales que hasta ahora venían empleándose (p. ejemplo electroforesis en campo pulsado, MLVA, spa typing, etc).



Permite identificar la CIM de ciprofloxacino y ceftazidima en *P. aeruginosa*.



La respuesta a y d son correctas.

Causa infecciones graves, es a menudo resistente a los antifúngicos, es fácil de identificar y presenta escasa transmisibilidad y extensa supervivencia en el entorno hospitalario. ¿Cuál es la afirmación incorrecta respecto C.difficile?

Es la causa más frecuente de diarrea infecciosa r/c asistencia sanitaria.

Afecta principalmente a pacientes de edad avanzada con factores de riesgo como el uso de antibióticos.

Los pacientes de los centros sanitarios pueden estar expuestos a esporas mediante pacientes portadores, profesionales, superficies contaminadas.

La supervivencia del microorganismo en las superficies es inferior a 24h.

La prevención en el entorno sanitario se basa en el diagnóstico temprano y la aplicación de un conjunto de medidas (optimización ATB, HM, limpieza y desinfección).

Señale el que le parece un tiempo de tratamiento inadecuado.

Neumonía comunitaria: 2-3 días después de la mejoría clínica, y 5 días máximo.

Neumonía asociada a ventilación mecánica: 14 días.

Agudización de la EPOC: 5 días.

Infección intrabdominal: 3-7 días.

Infección del tracto urinario complicada no grave: < 7 días.

¿Cual de los siguientes antibióticos no suele ser activo frente a Pseudomonas aeruginosa resistente a carbapenemes?



Eravaciclina.



Ceftazidima/avibactam.



Ceftolozano/tazobactam.



Cefiderocol.



Imipenem/relebactam.

Si en tu hospital tienes una endemia de Enterobacteriales productores de carbapenemasas (EPC), ¿a quién no realizarías cultivos de vigilancia?



Pacientes compañeros de habitación / Unida.



Personal sanitario.



Pacientes que ingresan nuevos en UCI.



Pacientes que ingresan trasladados de otro hospital.



Pacientes ya conocidos como portadores de EPC.

Acerca de las infecciones producidas por *C. auris*:



La ECDC ha registrado más de 500 episodios de infección por *C. auris*.



Afectan fundamentalmente a pacientes adultos ingresados en unidades de cuidados críticos.

La mortalidad es muy variable entre las series, entre un 30 y un 70%.

Se han descrito con relativa frecuencia el desarrollo de complicaciones metastásicas sépticas.

Todas son ciertas.

¿Cuál de estas EPC tiene mayor presencia en España?

K. pneumoniae OXA-48.

K. pneumoniae KPC.

K. pneumoniae metalo-beta-lactamasa tipo VIM.

E. coli OXA-48.

a) y b) son ciertas.

Las carbapenemasas presentan las siguientes características:

Hay representantes de estas enzimas en las cuatro clases moleculares de Ambler: A, B, C y D.

Las metalocarbapenemasas (Clase B) no tienen actividad hidrolítica sobre cefalosporinas de tercera y cuarta generación.

El ácido dipicolínico tiene capacidad inhibitoria sobre OXA-48.

Las carbapenemasas de tipo KPC son inhibidas por el ácido borónico.

La presencia de una carbapenemasa obliga a poner como resistentes a todas las carbapenemas ensayadas en el antibiograma, aunque presenten sensibilidad in vitro.

Señale la respuesta falsa respecto de las técnicas de diagnóstico rápido PCR múltiple para meningitis/encefalitis:

Incluyen en sus paneles enterovirus y muchos virus de la familia herpes.

Su mayor virtud es la facilidad y rapidez de procesamiento.

Existen falsos positivos a *S. pneumoniae* y *Haemophilus influenzae*.

Su efectividad no disminuye en pacientes inmunodeprimidos.

La carga de ácido nucleico detectada no se correlaciona con la gravedad del cuadro clínico.

Para elegir el antibiótico más adecuado para tratar infecciones por enterobacteriales productores de BLEE hay que tener en cuenta:

El origen de la infección

La severidad de la infección.

El control del foco.

La comorbilidad del paciente.

Todas las anteriores.

¿Cuál de los siguientes no es factor de riesgo de mortalidad en el sistema de puntuación INCREMENT score para infecciones por Enterobacterales productores de carbapenemasa?

Sepsis grave o shock séptico.

Fracaso renal agudo.

Charlson score ≥ 2 .

Pitt score ≥ 6 .

Origen de la infección distinto del tracto urinario o biliar.

¿En cual de estas situaciones recomendaría como pauta empírica ceftobiprole?

Neumonía nosocomial/NAVIM con alta prevalencia de P. aeruginosa MR.

Neumonía nosocomial con cobertura deseable de SARM.

Neumonía nosocomial en áreas con endemia de KPC/OXA-40.

Neumonía nosocomial en áreas de alta prevalencia de ECP productores de metalobetalactamasas.

Traqueobronquitis por *S. maltophilia*.

¿Cuál de los siguientes antimicrobianos presenta mejor actividad para tratar una infección por *Stenotrophomona maltophilia*?

Ceftazidima-avibactam.

Ceftobiprole.

Meopenem-vaborbactam.

Cefiderocol.

Imipenem-ralebactam.

¿Cuál de las siguientes es la correcta?

Todos los aislados de *C. auris* son resistentes a fluconazol.

La resistencia a fluconazol implica necesariamente resistencia a voriconazol.

La resistencia a equinocandinas está mediada por la mutación S639F en FKS1.

No existen variaciones en el grado de resistencia a los antifúngicos en función del clade de *C. auris*.

La resistencia a anfotericina B es la más frecuente.

Con relación al antibiograma rápido a partir de hemocultivo validado por el EUCAST, señala cuál de las siguientes afirmaciones es correcta:

El antibiograma se debe practicar a partir de las 8h después de detectarse la positividad del hemocultivo para asegurar el correcto crecimiento del microorganismo.

Al ser un antibiograma rápido, podemos interpretarlo antes de tener la identificación bacteriana del microorganismo presente en el hemocultivo.

Existen puntos de corte para cada antibiótico basados en diámetros de halo de inhibición y en concentraciones mínimas inhibitorias.

El valor del área de incertidumbre técnica (ATU) equivale a la categoría “intermedia” en la interpretación del antibiograma convencional.

Para *P. aeruginosa*, los valores de sensibilidad se deben evaluar a partir de las 8h de preparación del antibiograma.

Es importante la prevención y control de brotes epidémicos para evitar sus posibles consecuencias, entre las que podemos encontrar:

Incremento de Morbilidad y mortalidad.

Alteración del funcionamiento de los servicios.

Aumento de costes.

Pérdida de calidad de la imagen del sistema sanitario.

Todas son ciertas.

¿Cuál de las siguientes características del tedizolid no es correcta?

No necesita ajuste de dosis en pacientes con insuficiencia renal.

Presenta menor potencial para interacciones con IMAO.

No precisa ajuste de dosis en insuficiencia hepática.

La dosis es de 200 mg cada 12 horas.

Todas las anteriores son correctas.

Dentro del espectro de acción de la ceftarolina no se encuentran:

Enterococcus faecalis.

Staphylococcus aureus resistente a meticilina.

Enterococcus faecium.

Streptococcus spp.

Haemophilus influenzae.

Los betalactámicos inhibidores de betalactamasas como piperacilina tazobactam podrían ser una opción de tratamiento en un paciente con una bacteriemia por *Klebsiella pneumoniae* productora de BLEE de origen urinario siempre y cuando:

Siempre y cuando nos informen que es sensible en el antibiograma y se trate con una dosis de 4 g cada 8 horas en perfusión extendida.

Se trate de un paciente en shock séptico a una dosis de 4g cada 6 horas.

Se trate de un paciente inmunodeprimido.

Siempre y cuando nos informen que es sensible en el antibiograma y se administre en combinación con amikacina

La opciones a) y b) son correctas.

Respecto al panel Filmarray Meningitis/Encefalitis señala la respuesta correcta:

Su valor predictivo positivo y negativo están por debajo del 95%.

Requieren un volumen de muestra mayor que para el cultivo.

Su sensibilidad para enterovirus y Herpes es menor que las técnicas moleculares simplex.

Es capaz de detectar Pseudomonas causantes de meningitis nosocomial.

Es mejor que el test de detección de Ag capsular para las meningoencefalitis criptocócicas.

Señale la opción incorrecta: Para la desinfección de material en pacientes portadores de C.auris o C.difficile...

Hay que realizar Limpieza y desinfección minuciosa diaria y terminal de las habitaciones de los pacientes y otras áreas donde reciben atención (por ejemplo, radiología, fisioterapia) utilizando un desinfectante apropiado.



El equipo compartido preferible mente de un solo uso, para los equipos reutilizables(p. Ej., Ventiladores, equipo de fisioterapia) también debe limpiarse y desinfectarse antes de ser utilizado por otro paciente.



Es importante seguir las instrucciones de todos los fabricantes para el uso de desinfectantes de superficie y aplicar el producto durante el tiempo de contacto correcto .



Se puede desinfectar con un cualquier desinfectante autorizado por la AEMPS.



Valorar complementar la desinfección terminal con sistemas de desinfección “non touch”.