

1

Respecto a el tratamiento de las bacteriemias por *Staphylococcus aureus*:

No existe evidencia de calidad suficiente que respalde el tratamiento secuencial oral en bacteriemias no complicadas.

No existen publicaciones que respalden el tratamiento de continuación en TADE de bacteriemias complicadas.

El ensayo clínico SABATO ha demostrado que el tratamiento secuencial oral es igual de eficaz que la continuación del tratamiento intravenoso en bacteriemias no complicadas.

Vancomicina no tiene suficiente estabilidad a temperatura ambiente para ser empleada en TADE.

Todas son verdaderas.

2

Existen múltiples modalidades para la administración en TADE de antibióticos que requieren varias dosis al día:

Auto administración mediante elastómeros almacenados en frío.

Bombas de perfusión electrónica programables.

Auto administración mediante bolsas de suero con el antibiótico reconstituido y almacenadas en frío.

La A y la B.

Todas son ciertas.

3

¿Cuál de los siguientes no constituye un factor de riesgo para el desarrollo de resistencia a ganciclovir en receptores de trasplante de órgano sólido?

Trasplante pulmonar.

Exposición prolongada al ganciclovir.

Receptor seropositivo para CMV.

Presencia de viremias elevadas durante el episodio de infección.

La 1 y la 4.

4

En relación con las estrategias de prevención frente a CMV en receptores de trasplante de órgano sólido, indique la respuesta correcta:

La profilaxis antiviral se asocia a mayor incidencia de viremia.
El riesgo de leucopenia es similar con ambas estrategias.
La terapia anticipada se asocia a mayor riesgo de enfermedad tardía.
En receptores de alto riesgo (D+/R-) es práctica habitual la administración de profilaxis con valganciclovir durante 200 días.
Ninguna de las anteriores.

5

¿Cuál de las siguientes afirmaciones respecto al maribavir es falsa?

A pesar de que actúa sobre la quinasa UL97 no suele presentar resistencia cruzada con valganciclovir.
La disgeusia es uno de los efectos adversos más habituales.
Al igual que el cidofovir, requiere de fosforilización intracelular para actuar sobre la diana terapéutica.
La dosis empleada en el ensayo SOLSTICE fue de 400 mg cada 12 horas.
Su actividad anti-CMV es 10 veces más potente que la del Ganciclovir.

6

Cuál de las siguientes afirmaciones es VERDADERA:

Imipenem/relebactam posee actividad frente a cepas portadoras de β -lactamasas de clase A, C y D.
Meropenem/vaborbactam es la combinación de β -lactámico/inhibidor de β -lactamasas aprobada con mayor espectro de actividad frente a Enterobacterales.
Ceftazidima/avibactam es la única combinación de β -lactámico/inhibidor de β -lactamasas aprobada con actividad frente Enterobacterales productores de OXA-48.
Ceftolozano/Tazobactam es capaz de inhibir metalo β -lactamasas
Todas las afirmaciones anteriores son falsas.

7

Respecto a ceftazidima/avibactam es VERDADERO que:

A mayo de 2023 aún no está comercializado en España.
Al igual que imipenem/relebactam no es activo frente a cepas portadoras de OXA-48.
Avibactam es denominado como un paninhibidor al tener actividad frente a las 4 clases de β -lactamasas.

Tras tratamiento con ceftazidima/avibactam se han descrito más de 10 mutaciones diferentes en KPC que confieren resistencia a esta combinación, pero que dan lugar a sensibilidad frente a carbapenémicos.

Todas las anteriores son verdaderas.

8

Respecto a las nuevas combinaciones de β -lactámico/inhibidor de β -lactamasas que se encuentran en fase clínica III es VERDADERO que:

Ninguna de las combinaciones mejora el espectro de actividad de las ya aprobadas.

Taniborbactam sería el primer inhibidor que, en caso de ser aprobado junto a cefepima, tendría actividad frente a β -lactamasas de clase B.

Sulbactam/durlobactam no es activo frente a *Acinetobacter baumannii*.

Enmetazobactam posee actividad antimicrobiana por sí mismo y es considerado un “potenciador de los β -lactámicos”.

Todas las anteriores son falsas.

9

En relación al PK/PD y a la monitorización de los niveles de vancomicina señala la respuesta correcta:

Se trata de un antibiótico puro tiempo-dependiente.

El valor óptimo de AUC_{0-24h}/MIC debe ser entre 400-600.

El mejor índice PK/PD es la C_{max}/C_{MI} .

Para su optimización se debe administrar en dosis única diaria.

Todas las anteriores.

10

Señale la respuesta correcta entre las siguientes afirmaciones:

Los pacientes que reciben un CAR-T tienen un riesgo aumentado de infecciones relacionado con la carga de inmunosupresión previa acumulada.

Es raro que un paciente que recibe un CAR-T desarrolle fiebre tras la infusión.

La neutropenia post CAR-T es un evento poco frecuente.

Se recomienda la realización de profilaxis antibacteriana en todos los pacientes que reciben un CAR-T.

La 2 y la 3.

11

No debe emplearse para la determinación de la sensibilidad a cefiderocol en enterobacterias:

Tiras de gradiente en agar Mueller-Hinton sin depleción de Hierro.

Discos en agar Mueller-Hinton sin depleción de Hierro.

Microdilución en caldo Mueller-Hinton pobre en Hierro.

No debe emplearse ninguna de las técnicas anteriores.

Todas las técnicas anteriores se pueden emplear.

12

Las enzimas de tipo GES son betalactamasas de clase:

- A.
 - B.
 - C.
 - D.
 - E.
-

13

En *Acinetobacter baumannii*, los mejores resultados de concordancia categórica entre los test fenotípicos y la predicción por WGS (ARESdb) se dan en:

Meropenem.

Ampicilina-sulbactam.

Cefepime.

Ciprofloxacino.

Imipenem.

14

En cuanto a las causas del infradiagnóstico de la ICD en España indique cuál de las siguientes frases NO es correcta:

Falta de sospecha clínica de la ICD.

Exceso de sospecha clínica de la ICD.

Falta de sensibilidad diagnóstica de la ICD.

Exceso del número de falsos negativos en las pruebas diagnósticas.

Ninguna de las anteriores.

15

Los principales mecanismos de resistencia a equinocandinas en *Candida parapsilosis* son:

Bombas de expulsión.

Modificaciones en la diana.

Enzimas inhibidoras.

Mutación de las porinas.

Ninguno de las anteriores.

16

Respecto a las nuevas guías de profilaxis quirúrgica en pacientes portadores de bacterias multirresistentes, señale la CORRECTA:

Se basan en una sólida evidencia científica.

Recomiendan, en pacientes portadores de bacterias multirresistentes, una duración de la profilaxis superior a 24 horas.

Se recomienda realizar screening de betalactamasas de espectro extendido y/o carbapenemasas en situaciones epidemiológicas en las que la prevalencia supere el 10%.

El screening de multirresistentes debe hacerse en los 3 meses previos a la intervención.

Todas son correctas.

17

Respecto a la guía para pacientes con alergia a antibióticos, señale la CIERTA:

Destaca los inconvenientes asociados con la etiqueta errónea de alergia a los antibióticos.

La mayoría de los pacientes que se autodenominan alérgicos realmente no lo son.

Mediante una historia clínica detallada se puede realizar, en muchos casos, una retirada de la etiqueta de alérgico y utilizar un betalactámico con seguridad.

Todas con ciertas.

La 3 es falsa.

18

Señale la respuesta FALSA:

En los pacientes con bacteriemia por *S.aureus* se debe realizar todo el tratamiento por vía endovenosa.

Al elegir un fármaco para la terapia secuencial oral se debe elegir un fármaco con alta biodisponibilidad.

El paso a vía oral se asocia con una reducción de la estancia hospitalaria.

En pacientes con bacteriemia por bacilos Gram-negativos se puede usar con seguridad la terapia secuencial oral.

La 3 y la 4 son verdaderas.

19

Identifique cuál de las siguientes tareas que contribuyen al PROA son propias de enfermería:

Identificación y registro de alergias medicamentosas.

Identificación y notificación temprana de clínica sugestiva de necesidad de cultivo.

Valoración de la tolerancia vía oral.

Valoración del hábito deposicional.

Todas son correctas.

20

Una de las siguientes no es cierta respecto a bezlotoxumab:

Es un anticuerpo monoclonal dirigido frente a la toxina B de *difficile*.

Se administra después de la finalización del tratamiento del episodio para evitar las recurrencias.

No precisa ajuste en la insuficiencia renal ni tiene interacciones.

Consigue una reducción del riesgo relativo de recurrencia de la infección por *difficile* aproximadamente un 40%.

Se administra en dosis única en perfusión intravenosa.

21

¿A que antifúngico tiene sensibilidad reducida la especie *Candida glabrata*?

Anfotericina B.

Fluconazol.

Caspofungina.

Micafungina.

La c y la d.

22

¿Cuál es la técnica de tipificación utilizada principalmente en *Candida parapsilosis*?

Malditof.

Tipificación por mutaciones en el gen ERG11.

Secuenciación de la región ITS del ADN ribosomal.

Tipificación por análisis de microsatélites.

Ninguna de las anteriores.

23

Sobre los datos médicos para poder realizar IA:

Es aconsejable recogerlos utilizando un procesamiento de lenguaje natural.

Lo más importante es asegurar la calidad de los datos.

Es imprescindible que sean estructurados.

Sólo pueden provenir de una localización.

Todas son correctas.

24

La inteligencia artificial en medicina puede permitir...

Tomar decisiones objetivas.

Tomar decisiones personalizadas.

Identificar subgrupos de pacientes con características similares.

Ayudar al clínico en la toma de decisiones.

Todo lo anterior.

25

¿Qué institución promueve las normas de certificación PROA del PRAN?

El Ministerio de Sanidad.

La AEMPS.

Las Comunidades Autónomas.

Las gerencias de los hospitales y de los sectores de salud.

Los ayuntamientos.

26

¿Cuál de las siguientes afirmaciones sobre las normas de certificación PROA del PRAN es INCORRECTA?

Existe una norma para equipos PROA comunitarios.

Existe una norma para equipos PROA hospitalarios.

Las normas no incluyen estándares para garantizar la coordinación entre los equipos PROA comunitarios y hospitalarios.

En una primera fase se plantea la autocertificación de los centros.

La a y la d son correctas.

27

En relación al sistema CRISPR es FALSO que:

Es un sistema inmunitario adaptativo natural de los procariontes.

Es un sistema basado en inteligencia artificial.

Se puede utilizar para la detección de virus, bacterias, hongos y parásitos.

Permite detectar genes de resistencia y sensibilizar a la bacteria a antibióticos.

Permite editar genes.

28

Señalar la asociación CORRECTA:

Metagenómica dirigida- PCR 16S ARN.

SERS- técnica de microfluídica.

Citometría de flujo- proteómica.

CRISPR-espectroscopía.

FTIR-lectura de antibiogramas.

29

En el caso de precisar cambio de cobertura antibiótica, ante un fallo terapéutico previo, en un entorno crítico de multirresistencia por *Acinetobacter baumannii* resistente a carbapenems junto con *Pseudomonas aeruginosa* productora de metalo- β -lactamasas (carbapenemasas de clase B), el tratamiento de rescate convendría realizarlo con:

Aztreonam/avibactam.

Imipenem/relebactam.

Cefiderocol.

Meropenem/vaborbactam.

Eravaciclina.

30

Ante un fracaso terapéutico de ceftazidima/avibactam en el manejo de una infección grave por enterobacterias (*Klebsiella pneumoniae*) multirresistentes, productora de carbapenemasa de clase A (p. ej. KPC), con conocimiento del antibiograma y mecanismos de resistencias, podríamos teóricamente ofertar tratamiento dirigido con alguno de los siguientes, excepto:

Cefiderocol.

Colistina.

Meropenem/vaborbactam.

Ceftolozano/tazobactam.

Imipenem/relebactam.

¡Buen trabajo! Ha superado el test con una nota de 83%.